



Universidad  
de Alcalá

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO CIENCIAS SANITARIAS Y MEDICO-SOCIALES**

**TESIS DOCTORAL**

**EVALUACIÓN DE LA ESTANCIA  
HOSPITALARIA EN PRÓTESIS DE  
CADERA**

**ELENA GARCIA GARCIA  
2011**

<b>RESUMEN</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>12</b>
<b>ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA</b>	<b>13</b>
LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD)	15
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO CON PRÓTESIS DE CADERA	21
GENERALIDADES DE LA ARTROSIS DE CADERA	23
CONSIDERACIONES ACERCA DE LA FRACTURA DE CADERA	25
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL PRIVADO SELECCIONADO	35
DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE UN HOSPITAL PRIVADO	35
EL HOSPITAL PRIVADO	36
<b>HIPÓTESIS</b>	<b>48</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>48</b>
OBJETIVO GENERAL	48
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>49</b>
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	49
METODOLOGÍA CUALITATIVA	59
METODOLOGÍA CUANTITATIVA	77
<b>RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUALITATIVO</b>	<b>80</b>
ANÁLISIS DE METACATEGORÍAS EN ENFERMERÍA	80
ANÁLISIS DE METACATEGORÍAS DEL DISCURSO DE LOS TRAUMATÓLOGOS	103
ANÁLISIS DE METACATEGORÍAS DE LAS ENTREVISTAS A PACIENTES	120
ANÁLISIS DE VECTORES CUALITATIVOS	126
<b>RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO</b>	<b>136</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>169</b>
CALIDAD ASISTENCIAL. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE COT.	169
PROTOCOLOS PTC/PPC.	190
JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA	193
PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA. SERVICIOS SOCIALES.	200
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>203</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>206</b>
ANEXO I: HOJA DE EXTRACCIÓN DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	206
ANEXO II: GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES	209
ANEXO III: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE	213
ANEXO IV: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO	216
ANEXO V: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE PRÓTESIS DE CADERA.	217
ANEXO VI: PLAN ESTANDARIZADO DE CUIDADOS DE PRÓTESIS DE CADERA	219
ANEXO VII: GUÍA DE RECOMENDACIONES DE LA COMUNIDAD DE MADRID PARA PRÓTESIS DE CADERA	221
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>227</b>

Durante estos últimos años, muchas son las personas e instituciones que han participado en el desarrollo del presente trabajo de investigación, a quienes quiero expresar mi gratitud por el apoyo y la confianza que me han prestado de forma desinteresada.

En primer lugar, quiero agradecer a mi Director de Tesis, el Dr. Carlos Martín Saborido, por haber confiado en mi proyecto y en mi persona, por su paciencia, su apoyo incondicional y su respaldo metodológico en todo momento.

A mi codirector, el Dr. Antonio Sarria Santamera, por sus enriquecedoras aportaciones a este trabajo, y al departamento de Ciencias Sanitarias y Medicosociales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares, por su acogida.

A Demetrio García de León, por abrirme las puertas a la Investigación Cualitativa y a mis compañeras de Máster, Alicia y Marta, por los consejos, el apoyo y el ánimo que me brindaron en estos últimos cuatro años.

Agradecer también la acogida, y la colaboración de los distintos centros donde he realizado el trabajo de campo, y muy especialmente al Director Médico y a mis compañeros del Servicio de Traumatología del Hospital de estudio.

La lectura de esta Tesis no hubiera sido posible sin mi familia, que me acompañó de forma incondicional en la realización de este proyecto, y me enseñó que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr los objetivos propuestos. A mi madre y mi marido, por su cariño, comprensión y constante estímulo en mis malos momentos, que siempre entendieron. A mi padre, que a pesar de la distancia siempre estuvo atento para darme ánimos. A mi hermana, por estar siempre ahí. Éste es un regalo para todos vosotros.

No puedo olvidar a mis amigos, gracias por apoyarme, escucharme y estar a mi lado en los buenos y malos momentos, que han sido muchos.

Muchas gracias a todos, a vosotros y a todos aquellos que me haya podido dejar en el tintero.

## RESUMEN

Evaluación de la estancia hospitalaria en prótesis de cadera

**INTRODUCCIÓN:** En la artroplastia de cadera hay un gran componente de discrecionalidad médica, que lo convierte en un proceso con gran variabilidad clínica.

**OBJETIVOS:** Evaluar la estancia hospitalaria en artroplastia de cadera.

**METODOLOGÍA:** Se ha utilizado una metodología mixta. Mediante la investigación cualitativa se han analizado indicadores organizativos, científico-técnicos y de resultado en el discurso de los profesionales del servicio de traumatología y de los pacientes.

Con metodología cuantitativa, se han analizado los datos de las historias clínicas de los pacientes del GRD 818 en el año 2008.

**RESULTADOS:** La edad media de 77,36 años (DE:12,38) rango (40-95), fractura de cadera con implantación de prótesis parcial (61,4% de los casos), el total de partes interconsulta (2,54 de media, [DE:2,536] rango [0-12]) y el retraso en cursar los PIC a rehabilitación (2,53 días de media, [3,166], rango [0-16]), están relacionados con el aumento de la estancia media, coincidiendo los resultados del análisis cualitativo y el cuantitativo.

**CONCLUSIONES:** La alta variabilidad encontrada se debe al tipo de cirugía, la falta de protocolos clínicos y de trabajo en equipo, la planificación del alta y gestión de camas y problemas sociales.

**PALABRAS CLAVE:** artroplastia de cadera, reemplazamiento de cadera, investigación cualitativa, calidad asistencial, estancia media hospitalaria.

## **ABSTRACT**

Evaluation of the length of stay in hip arthroplasty procedures.

**BACKGROUND:** There is a high component of medical variability which turns the hip arthroplasty into a process with different results as to the length of stay.

**OBJECTIVE:** to evaluate the length of stay in hip arthroplasty procedures.

**PATIENTS AND METHODS:** A mixed methodology was performed. We have analyzed organizational, scientist-technical and outcome indicators in the professionals' and patients' discourse of the orthopedic department with qualitative research. We have analyzed patients' histories within DRG 818 for 2008. **RESULTS:** The age (average: 77.36 years, SD:12.38, range 40-95), hip fracture with hemiarthroplasty (61.4% of patients), total inter-medical reports (average: 2.54,SD: 2.536, range 0-12) and the delay to deal with medical reports for the rehabilitation department (average:2.53 days, SD: 3.166, range 0-16), are linked with an increase length of stay. These results match with those obtained on the qualitative research.

**CONCLUSIONS:** The variability found seems to be caused by the kind of surgery, not using clinical pathways or teamwork, not planning the discharge and not managing properly beds and social problems.

**KEYWORDS:** hip arthroplasty, hip replacement, qualitative research, quality improvement, length of stay.

En este trabajo se han utilizado algunas abreviaturas, cuya relación se detalla a continuación por haberse considerado de utilidad para la lectura del mismo.

<b><i>ABREVIATURA</i></b>	<b><i>SIGNIFICADO</i></b>
<b>APGRD</b>	All patient GRD
<b>ABVD</b>	Actividades básicas de la vida diaria
<b>ASA</b>	American Society of Anesthesiologists
<b>AVAC</b>	Año de vida ajustado por la calidad
<b>CDM</b>	Categoría Diagnóstica Mayor
<b>CIE</b>	Clasificación internacional de enfermedades
<b>CMBD</b>	Conjunto mínimo básico de datos
<b>COT</b>	Cirugía ortopédica y traumatología
<b>DE</b>	Desviación estándar
<b>EEUU</b>	Estados Unidos
<b>EM</b>	Estancia media
<b>GRD</b>	Grupos relacionados por el diagnóstico
<b>HU</b>	Hospital Universitario
<b>IC</b>	Índice de complejidad
<b>IHQ</b>	Infección de herida quirúrgica
<b>ILQ</b>	Infección de localización quirúrgica
<b>ITU</b>	Infección del tránsito urinario
<b>PIC</b>	Parte interconsulta
<b>PPC</b>	Prótesis parcial de cadera
<b>PTC</b>	Prótesis total de cadera
<b>RHB</b>	Rehabilitación
<b>SAS</b>	Servicio Andaluz de Salud
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>TEP</b>	Tromboembolismo pulmonar
<b>UCE</b>	Unidad de corta estancia
<b>UPP</b>	Úlcera por presión

## INTRODUCCIÓN

La velocidad a la que se están desarrollando actualmente los cambios socioculturales en el ámbito mundial, resultado de la globalización de mercados, el desarrollo de las telecomunicaciones, la demografía, etc., no es extraña a las organizaciones sanitarias, cuyas políticas deben adecuarse constantemente a los requerimientos de salud de la población, y a los nuevos perfiles de los ciudadanos. El nuevo rol del ciudadano como consumidor de los servicios sanitarios, incluye su participación en las decisiones clínicas a través de su opinión y sus expectativas.(1)

En este sentido, la opinión del paciente es un componente esencial en la valoración del servicio prestado. Si los pacientes están insatisfechos, el cuidado está lejos de ser el ideal, al margen de cuán alta pueda ser la calidad según criterio clínico, u otro ajeno al consumidor.(1)

Es fácilmente constatable que los pacientes y usuarios de la asistencia sanitaria están experimentando un importante cambio en los últimos años. (2) Las expectativas que los ciudadanos tienen sobre la respuesta que puede dar el sistema sanitario a sus problemas de salud son crecientes, motivo por el cuál su nivel de exigencia crece de forma continua. A este fenómeno contribuye notablemente el mayor desarrollo económico y la elevación del nivel cultural y educativo de los ciudadanos proporcionado por el uso creciente que hacen de las tecnologías de la información, que han posibilitado que los pacientes tengan acceso a multitud de fuentes de información que antes sólo eran patrimonio del médico. El paciente sabe más y también espera que el médico sepa mucho más que él.

La presión del creciente gasto sanitario y las limitaciones financieras asociadas hacen que no se pueda (ni seguramente se deba) satisfacer todas las demandas de la población, con objeto de atender todas las expectativas de ésta respecto a la atención sanitaria. De ahí que sea muy importante avanzar en la medición y evaluación de los resultados en salud, a fin de determinar la aplicación más eficiente de los recursos humanos y materiales en el ámbito sanitario.(2) La valoración que los pacientes hacen del funcionamiento de los servicios de salud, constituye un importante instrumento de medida para conocer el grado de aceptación de los ciudadanos de los diferentes

servicios, siendo de enorme utilidad para el diseño de acciones de mejora de la calidad de los servicios, tanto en el ámbito público como en el privado.

Aunque los objetivos de todo sistema sanitario deben centrarse en la reducción de la mortalidad, la morbilidad y la mejora del estado de salud y el bienestar de los ciudadanos, no podemos olvidar que el sentimiento de seguridad y la satisfacción de las expectativas sobre el cuidado de la salud son vectores importantes para generar dicho bienestar. En suma, es la calidad percibida y no la llamada calidad técnica de un sistema sanitario la que más incide en el sentimiento de bienestar de las personas, motivo por el cual su evaluación, con toda la carga de subjetividad de usuarios y pacientes, constituye una prioridad para los sistemas nacionales de salud.(2)

La calidad percibida constituye uno de los puntales básicos de la mejora continua de la calidad, puesto que en definitiva la asistencia sanitaria gira en torno al paciente, que es el centro de atención de la organización sanitaria. Según Deming: “una organización sólo alcanzará el éxito a medio plazo si es capaz de comprender y mejorar continuamente su capacidad de satisfacer y superar las necesidades y expectativas de sus clientes”.(3) Pero aparte de las ventajas que supone la calidad percibida en la mejora continua de la asistencia sanitaria, existen una serie de consideraciones éticas que justifican la necesidad de utilizar la satisfacción del paciente para evaluar la calidad de la asistencia: el principio hipocrático, el principio democrático, y el derecho del consumidor.

La calidad asistencial es hoy día un objetivo y una preocupación comunes a todas las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas. Sin embargo, los criterios de calidad técnica establecidos por la oferta sanitaria deben ser complementados con los criterios subjetivos de satisfacción expresados por la demanda de los servicios de salud. La mayor trascendencia de los aspectos de calidad técnica de la prestación sanitaria, no es óbice para reconocer la creciente importancia del papel de los pacientes y usuarios en la modelación de los sistemas sanitarios.(2)

El conocimiento del grado de satisfacción de los usuarios no solo permite contrastar la validez de algunos indicadores de eficiencia, sino que posibilita la mejor orientación de las políticas sanitarias y las acciones de mejora de la calidad del sistema sanitario. No en vano, en los últimos tiempos estamos asistiendo a un movimiento gravitacional en el



que cada vez se tiene más en cuenta la percepción del paciente, siendo su opinión uno de los aspectos esenciales para centrar la evaluación del sistema sanitario.(2)

Tratándose de opiniones, la satisfacción de los encuestados depende tanto de la realidad observada por aquéllos, como de sus propias características socioeconómicas y clínicas. Así pues, las valoraciones están influenciadas por la edad, el sexo, el nivel educativo y económico y, por supuesto, por el estado de salud y los resultados de las acciones sanitarias que el individuo experimenta como sujeto. Esta doble determinación de la satisfacción, lejos de desautorizar algunas de las valoraciones que proporcionan los individuos consultados, aporta un enorme caudal informativo sobre la vivencia de la acción sanitaria y del proceso terapéutico por parte de los diferentes tipos de pacientes en diversos estados o situaciones de atención o tratamiento sanitario.

Los servicios dirigidos a la población, deben ser dados con los mejores estándares de calidad,(4) entendiéndose por calidad la máxima vinculación entre las estrategias teóricas (eficacia) y la implantación real de actividades y proyectos que garanticen la calidad (efectividad). Al mismo tiempo, en un sistema sanitario que busca las mayores cotas de equidad, la definición y el establecimiento de estándares de calidad deben descansar en la óptima utilización de los recursos, es decir, intentar ofrecer lo mejor a la mayoría (eficacia), pero teniendo en cuenta las limitaciones de esos recursos (eficiencia), de manera que se pueda regular adecuadamente el binomio calidad-coste.

Se denominan hospitalizaciones inapropiadas o inadecuadas cuando se utiliza el hospital en casos que no requieren ser hospitalizados. Es decir, partiendo de la base de que la prestación de servicios sanitarios en conjunto sea necesaria, pueden existir días de la estancia hospitalaria en los que el paciente no necesita cuidados especiales y/o profesionales que justifiquen su internamiento en el centro durante ese día (ej: estancias preoperatorias en cirugía, o el alargamiento de las estancias por motivos sociales), o bien se puede dar el caso en que la situación clínica del paciente justificara la atención sanitaria en niveles asistenciales distintos al hospital de agudos (ya sean ambulatorios, hospitales de crónicos,...). Por tanto, si parte del gasto hospitalario contiene un determinado nivel de uso innecesario de la hospitalización, reducir el tiempo que los pacientes permanecen hospitalizados sin que su situación clínica o la intensidad de los

cuidados que necesitan lo justifiquen, pueden disminuir el gasto hospitalario sin comprometer la calidad de la asistencia.

En consecuencia, las mejoras en calidad asistencial requieren que los recursos que se destinan a usos inapropiados se utilicen de forma efectiva, y para ello, el conocimiento de los factores y situaciones que influyen sobre las estancias inadecuadas de los pacientes en el hospital, es punto clave para la evaluación y la mejora de la calidad.

En los últimos años, el crecimiento del gasto sanitario ha conducido a la aplicación de estrategias que permitan reducir costes sin disminuir la calidad de los servicios, ni su accesibilidad a la población. La gestión de la utilización hospitalaria, y en concreto la revisión de la utilización inadecuada de la hospitalización, se contempla como uno de los más prometedores enfoques para la mejora de la eficiencia del sistema sanitario.(4) El objetivo de la revisión de la utilización es identificar o reducir el uso innecesario o inapropiado, manteniendo la accesibilidad a los servicios necesarios, es decir, mejorar la eficiencia. Algunas de sus aplicaciones serían:(4)

- Mejorar la calidad asistencial: la prolongación innecesaria de estancias hospitalarias produce aumento del riesgo de infecciones nosocomiales, incremento del gasto, etc.
- Identificar problemas hospitalarios causantes de demoras para diseñar intervenciones de reducción del uso inapropiado, y evaluar la necesidad de una red alternativa de hospitalización (hospitalización a domicilio, centros socio-sanitarios,...), o desarrollar en éste campo el papel de la atención primaria.
- Realizar una evaluación comparativa de la actividad de varios hospitales por la proporción de uso innecesario.
- Valorar las tasas de uso inapropiado y monitorizar, en el tiempo, la evolución de la eficiencia hospitalaria. Los hospitales o servicios pueden comparar sus indicadores y estudiar los sistemas organizativos de aquéllos que tienen los mejores resultados (Benchmarking).
- La revisión de procesos concretos permitiría la definición de estándares de duración de estancia basados en la necesidad promedio de cuidados del grupo concreto de pacientes, y permitiría disponer de un estándar de comparación. La estancia media estándar incluye tanto cuidados necesarios como innecesarios, y

no constituye un auténtico estándar normativo sino que deriva de las prácticas habituales en el entorno del hospital.

Los resultados obtenidos suelen interpretarse como evidencia indirecta de la existencia de componentes evitables en la atención sanitaria que, según la magnitud de las variaciones halladas, pueden tener implicación en los costes y en los resultados de la atención médica.

## ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva en las principales bases de datos (PubMed, Cochrane, Scielo, Lilacs, Centre for Reviews and Dissemination) y revistas de impacto en Traumatología y Ortopedia con artículos originales (Journal of Orthopaedic Surgery, Journal of Rehabilitation Medicine, Gaceta Sanitaria,...), utilizando como palabras clave “ total hip/ hemi-arthroplasty, length of stay, neck femoral fracture, cost and outcome of hip arthroplasty, hip replacement, clinical pathways, effectiveness, clinical efficacy, quality improvement, autologous transfusión,...”

En PubMed, se sigue la siguiente estrategia, con las palabras clave “autologous blood, hip arthroplasty, length of stay”: "Blood Transfusion, Autologous"[Mesh] AND ("Arthroplasty, Replacement, Hip/methods"[Majr] OR "Arthroplasty, Replacement, Hip/rehabilitation"[Majr] OR "Arthroplasty, Replacement, Hip/standards"[Majr] OR "Arthroplasty, Replacement, Hip/statistics and numerical data"[Majr] OR "Arthroplasty, Replacement, Hip/trends"[Majr]), y ("Blood Transfusion, Autologous"[Mesh] AND ("Arthroplasty, Replacement, Hip/methods"[Majr] OR "Arthroplasty, Replacement, Hip/rehabilitation"[Majr] OR "Arthroplasty, Replacement, Hip/standards"[Majr] OR "Arthroplasty, Replacement, Hip/statistics and numerical data"[Majr] OR "Arthroplasty, Replacement, Hip/trends"[Majr])) AND ("Length of Stay/standards"[Majr] OR "Length of Stay/statistics and numerical data"[Majr] OR "Length of Stay/trends"[Majr])

## ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Numerosos estudios han mostrado la existencia de amplias variaciones en el ámbito local, regional o en comparaciones internacionales, en las tasas de ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, realización de pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos. También se ha demostrado la presencia de una amplia variabilidad en el diagnóstico y tratamiento de pacientes similares.(4)

El aspecto clave de los estudios de variabilidad es averiguar si un alto consumo de servicios lleva consigo un mayor beneficio para la población que accede a ellos, o si una baja utilización de determinado procedimiento condiciona un peor pronóstico.(4) Lo importante sería conocer cuál es la tasa de utilización óptima de un servicio en una población de características controladas, que nos permitiese garantizar que se está prestando una asistencia de calidad.

En los programas de evaluación y mejora de la asistencia, se ha prestado mucha atención a las diferencias observadas entre profesionales e instituciones, utilizando este análisis como un elemento muy importante para la evaluación del proceso y el resultado de la asistencia. Existen algunas estrategias para disminuir la variabilidad, como:(4)

- ✓ Investigar sobre la efectividad de los procedimientos y difundir los resultados.
- ✓ Difundir información válida sobre los resultados de la atención a los pacientes.
- ✓ Mejorar las vías de difusión de la evidencia científica existente.
- ✓ La realización y cumplimiento de Protocolos, Guías y Vías de Práctica Clínica, que a la vez que propicia una disminución de la variabilidad, mejora el uso inadecuado de los servicios, conlleva un aumento de información de los pacientes, así como una reducción del riesgo de demandas por atención negligente.

El conocimiento de los factores y situaciones que influyen sobre la estancia de los pacientes en el hospital es punto clave para la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Por este motivo, desde principios del pasado siglo se ha producido un incremento en las investigaciones dirigidas al análisis y evaluación de estos factores. En los EEUU surgieron las primeras iniciativas encaminadas hacia la evaluación de la

calidad de la asistencia sanitaria.(4) El problema central en estas estrategias es cómo reducir costes sin disminuir la calidad de los servicios, ni su accesibilidad para la población.

La difusión de estas técnicas se ha producido de forma paulatina, por lo que ha sufrido la lógica evolución, fundamentalmente durante los últimos años. Todo ello es consecuencia directa de las grandes presiones que se vienen ejerciendo directamente sobre los propios hospitales, tanto públicos como privados, para mejorar su eficiencia interna sin sacrificar la calidad de la atención que se proporciona a los pacientes que acuden a los mismos para recibir asistencia.

Se considera que los clínicos controlan con sus decisiones y actuaciones entre el 50-80% del gasto sanitario. En EEUU se ha comprobado que sólo el 15% de los médicos conocían aproximadamente el coste de la mayor parte de lo que manejaban.(5) Es preciso que progresivamente se vaya inculcando a los profesionales sanitarios el coste de lo que hacen, hecho que redundará en un uso más racional de los recursos y, en consecuencia, un ahorro en el gasto sanitario.

En cualquier caso, toda política sanitaria de contención de costes, debería estar obligatoriamente acompañada de una política de evaluación de la calidad de la atención sanitaria, con el objetivo de asegurarla.

El área de hospitalización se caracteriza por un alto consumo de recursos, tanto materiales como humanos. Son múltiples las causas que pueden motivar las estancias hospitalarias prolongadas: unas de carácter médico, otras asociadas a la situación socioeconómica de los pacientes y otras derivadas de la propia infraestructura del hospital. En cualquier caso, los recursos hospitalarios son limitados y su uso racional permitirá que la asistencia prestada sea más eficaz y eficiente. Por ello, en los últimos años se están introduciendo en los hospitales conceptos de eficiencia y competitividad, lo que propicia la aplicación de técnicas orientadas a una mejor gestión de los recursos y a una evaluación continuada de la actividad.(6)

Para llevar a cabo dicha evaluación, se hace imprescindible conocer cómo se procesa la información, de dónde se obtiene, por qué llegamos a unos indicadores y qué significan.

## **LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD)**

El 14 de diciembre de 1987, el Consejo Interterritorial aprobó establecer un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, de acuerdo con los aceptados tanto por el Comité Nacional de Estadísticas de Salud de EE.UU., como por lo recomendado por la Comisión de las Comunidades Europeas sobre el European Minimun Basic Data. (7)

El CMBD está formado por una serie de ítems: unos son administrativos (fecha de nacimiento, sexo, fecha de ingreso, circunstancia de alta, número de historia, ...), y otros son datos clínicos (diagnóstico principal, motivo de ingreso, diagnósticos secundarios, procedimientos quirúrgicos y terapéuticos). Necesitamos de todo ello para que el agrupador lo tenga en cuenta y se llegue a un GRD de una categoría mayor diagnóstica y no a otra, existiendo un árbol de decisiones que se alimenta de estas variables.

El desarrollo del CMBD en el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha venido en consonancia tanto con las reformas del sistema sanitario, como con el desarrollo de los sistemas de información sanitarios, dando lugar a la utilización de nuevas herramientas de gestión que se apoyan efectivamente tanto en el CMBD, como en el desarrollo de la contabilidad analítica o en los GRD. Desde el año 1991 se viene generalizando en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, la implantación de dichas herramientas de medición del producto hospitalario.(7)

El desarrollo de todas ellas tiene su punto álgido con la finalización del proyecto de análisis y desarrollo de los GRD en el SNS, aprobado en la reunión del 17 de noviembre de 1997 por los representantes de todas las Comunidades Autónomas que tienen transferida la asistencia sanitaria, el INSALUD y el Ministerio de Sanidad y Consumo, habiéndose presentado previamente los resultados para su aprobación al Comité

Director del proyecto, para su presentación al Consejo Interterritorial el 14 de diciembre de 1998.(7)

El concepto de Grupos Relacionados por el Diagnóstico se origina a mediados de los años 60 en la Universidad de Yale. El objetivo era crear un marco de referencia para evaluar la calidad de la asistencia a los pacientes y la utilización de los servicios prestados por los hospitales. Se utilizó este sistema por primera vez a finales de los 70 en el estado de New Jersey, Estados Unidos, y poco después sirvió para establecer un sistema de pago por parte de la Administración a los hospitales, basado en una cantidad fija según el GRD específico para cada paciente tratado. En 1.983 este sistema sirve para fijar por ley a nivel Nacional el sistema de pago a los hospitales acogidos al Medicare.(7)

El éxito desde entonces es tal que la mayoría de los países del mundo occidental utilizan los GRD como herramienta para evaluar el funcionamiento de sus hospitales. Los GRD se han ido perfeccionando con los años y se revisan sistemáticamente de acuerdo con las nuevas enfermedades, y los nuevos procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo el sistema sigue regido por la experiencia de los Estados Unidos. Se espera y se desea que las particularidades de los distintos sistemas de salud por los que se gobiernan los hospitales públicos de diferentes países se reflejen en los nuevos GRD. No es probable sin embargo que haya grandes diferencias entre los GRD americanos y los europeos.(7)

Para medir el rendimiento de un hospital nos podríamos limitar a contar los pacientes, pero este método asignaría a un caso simple como una apendicectomía, la misma importancia que a un caso complejo como es un trasplante de corazón. Los GRD permiten valorar la importancia significativa de los distintos tipos de casos. De hecho, es la combinación de las categorías y de la importancia de los casos lo que hace que el concepto de GRD sea una herramienta muy efectiva para gran variedad de procesos, incluyendo la mejora de la calidad.

En el contexto de la mejora de la calidad, los GRD se utilizan para identificar las actividades de garantía de calidad. Por ejemplo, si la media de la duración de la estancia en un hospital para un parto normal es de cinco días, es razonable examinar los partos



normales con una estancia de más de diez días para detectar, si los hay, problemas de calidad. Por lo tanto, los casos de un GRD se utilizan para estandarizar una norma; los casos que se desvían significativamente de esa norma pueden ser revisados para determinar la causa de la variación. Esta es la técnica estándar de mejora de calidad utilizada para los procesos industriales, y aplicada a la salud a través de los GRD.

Los Grupos de Diagnóstico Relacionados utilizan variables demográficas y de diagnóstico para clasificar a los pacientes en grupos que se puedan comparar clínicamente (que tengan lógica clínica para los médicos), con duraciones de estancia en el hospital y con consumos de recursos, similares. Por lo tanto, los costes de tratamiento para los casos incluidos en cada GRD deben ser similares. Los casos se asignan a uno de los cerca de 900 grupos diferentes (variables según la versión utilizada), en base a la gravedad de la afectación del paciente, y en función de si se ha realizado un procedimiento quirúrgico, del diagnóstico principal, de la edad del paciente, de cualquier condición secundaria (co-morbilidad) y del estado de alta médica.(7)

La historia clínica es la herramienta de donde vamos a obtener los datos que son necesarios para llegar a un diagnóstico principal, y a otros secundarios que también están influyendo o pueden hacerlo en las medidas que tengamos que adoptar para un mejor tratamiento o cuidado, así como en los distintos procedimientos. El informe de alta es el documento que mejor recoge los estudios realizados y las conclusiones a las que se ha llegado en cada episodio de hospitalización, es necesario que sea completo y especifique todas las técnicas y complicaciones. La calidad en el informe de alta repercute directamente en la calidad de la codificación, y por tanto puede modificar los resultados de nuestros pesos y GRD.

La codificación es la normalización del lenguaje verbal, transformándolo en números, permitiendo de esta manera el tratamiento de la información, llevándose a cabo según el código CIE-9-MC, con la actualización correspondiente.

Los datos de los que hablamos, siempre se refieren a pacientes ingresados y dados de alta. No informan de la actividad ambulatoria que se realiza en las unidades de hospitalización de día, tampoco de pruebas especiales, ni de consultas, por lo tanto no se pueden extrapolar las conclusiones. En definitiva, la información que recogen los GRD

se refiere a pacientes ingresados y a todos los procesos a los que los pacientes han estado sometidos en cada episodio de hospitalización.

La homogeneidad de recursos de los GRD significa que es útil computar el coste medio del tratamiento de los pacientes que pertenecen a un determinado GRD. Por consiguiente, esta media se puede utilizar para una variedad de propósitos. Por ejemplo, la media de la duración de la estancia en un hospital para un GRD determinado es útil como norma o como estándar. De esta manera, el coste medio para un determinado GRD puede ser útil como sistema de pagos, así como para la elaboración de presupuestos.

Utilizados como parte de un sistema de pagos, los GRD relacionan el tipo de pacientes que trata un hospital (sus diferentes casos) con los costes que debería contraer dicho hospital para tratar a esos pacientes. Esto crea un marco efectivo para controlar la utilización de servicios en el ámbito de un hospital.

A medida que los GRD se empezaron a utilizar ampliamente como forma de pago y que la Sanidad evolucionaba, ha existido una creciente demanda de GRD para ser utilizados como una aplicación que va más allá de la utilización de recursos, de los costes y del pago. Algunas versiones avanzadas de los GRD (tales como los All Patient-GRD) fueron creadas para captar a los pacientes que tenían una enfermedad más severa, con mayor riesgo de muerte, con mayor dificultad de tratamiento, con pronósticos más pobres o con mayor necesidad de intervención. Como resultado de estos avances, los All Patient (AP) GRD se utilizan actualmente para:(7)

- Comparación entre hospitales a través de una amplia gama de recursos y de medidas de resultados.
- Evaluación de diferencias en las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados.
- Ejecución y soporte de los protocolos o guías así como desarrollo de actuaciones ante factores críticos.
- Identificación de los proyectos de mejora de calidad continuos.
- Pago de casos, de una región a otra.
- Como base de gestión interna y de sistemas de planificación.

- Contrato regional de la atención hospitalaria de los pacientes hospitalizados.

En definitiva, los GRD nos informan sobre el tipo de pacientes atendidos en el servicio, cuál es la estancia media para cada uno de ellos y cuál es la diferencia de estancias que generamos cuando nos comparamos con los estándares de cada GRD. Por tanto, conociendo los GRD podemos comparar los datos con otros servicios similares y detectar los puntos fuertes y débiles. El tratamiento de la información nos permite ver el comportamiento de las estancias, cuál es el GRD que recoge el mayor número de pacientes y cuál es su peso.

El *Índice de complejidad de la casuística* (“Case Mix Complexity”) se refiere a las características particulares interrelacionadas, pero distintas, de cada paciente. Surge de la comparación de GRD entre Hospitales, con el objetivo de explicar las diferencias.

Estas características se refieren de una manera muy precisa a lo siguiente:

- **Gravedad de la enfermedad.** Tiene que ver con la pérdida relativa de la función y la mortalidad que puede tener un paciente con una enfermedad dada.
- **Pronóstico.** Se refiere al resultado final de una enfermedad tomando en consideración las probabilidades de mejoría o deterioro así como las de recidiva y expectativas de vida para el paciente.
- **Dificultad del tratamiento.** Se trata de los problemas que para el hospital significa manejar una determinada enfermedad. Estos problemas se asocian con enfermedades sin un claro patrón de síntomas, enfermedades que requieren procedimientos difíciles y sofisticados que exigen un estrecho control o supervisión.
- **La necesidad de intervención** relaciona las consecuencias en términos de empeoramiento o gravedad, que produciría la carencia o falta de cuidados inmediatos o continuos.
- **La intensidad de los recursos** se refiere al volumen y tipos de servicios para el diagnóstico, tratamiento y atención del enfermo hospitalizado utilizados para una determinada enfermedad.

La *Estancia Media* (EM) es la relación entre las estancias y pacientes en un determinado grupo de enfermos o período (media aritmética de la estancia). La *Estancia Media Ajustada por Casuística* es la estancia media que habría presentado el hospital si hubiera tratado la casuística del estándar (conjunto multihospitalario utilizado como norma de comparación) con el funcionamiento (EM por GRD) actual del hospital.

El *Peso del GRD* indica cuántos recursos hospitalarios ha consumido una determinada patología, sobre todo estancias. Cada GRD tiene asociado un peso relativo, que es la relación entre el coste estimado del mismo respecto al coste medio de todos los pacientes vistos en el hospital, comunidad autónoma, estado, etc., dependiendo del ámbito que se tome como referencia. El sistema GRD establece un peso relativo a cada GRD basado en su coste en Estados Unidos. El valor 1,00 representa el coste medio global del paciente americano.

Un peso de valor 1 equivale al coste medio del paciente hospitalizado (estándar). Un peso por encima o por debajo de 1 significa que su coste estará por encima o por debajo respectivamente del estándar (coste del paciente promedio).(7)

Este peso se obtiene a partir de la integración de los costes hospitalarios con la información contenida en el CMBD de hospitalización de agudos en el marco del proyecto Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud.

En definitiva, los datos permiten ver la evolución a lo largo del tiempo, y nos proporcionan información que nos puede ser útil a la hora de desarrollar vías clínicas. Es decir, los GRD son instrumentos que pueden facilitarnos la toma de decisiones.

# JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO CON PRÓTESIS DE CADERA

La prótesis total de cadera es uno de los mayores adelantos de la cirugía ortopédica del siglo pasado.(8) El concepto de reemplazo de la cadera fue introducido por Wiles en 1938, quien fijó una esfera de acero inoxidable mediante un vástago al cuello femoral, y un capuchón de acero inoxidable fijado a la pelvis, mediante placas y tornillos de igual material. En 1961 fue Sir John Charnley, un cirujano ortopédico que, con la colaboración de un equipo de ingenieros, desarrolló la técnica y los materiales necesarios para fijar el implante protésico, utilizando a partir de entonces un cemento acrílico autofraguable, que ha demostrado éxito en su estabilidad en evaluaciones a largo plazo (más de 15 años) en tanto otros implantes cementados, han tenido resultados similares a los 10 años de seguimiento.

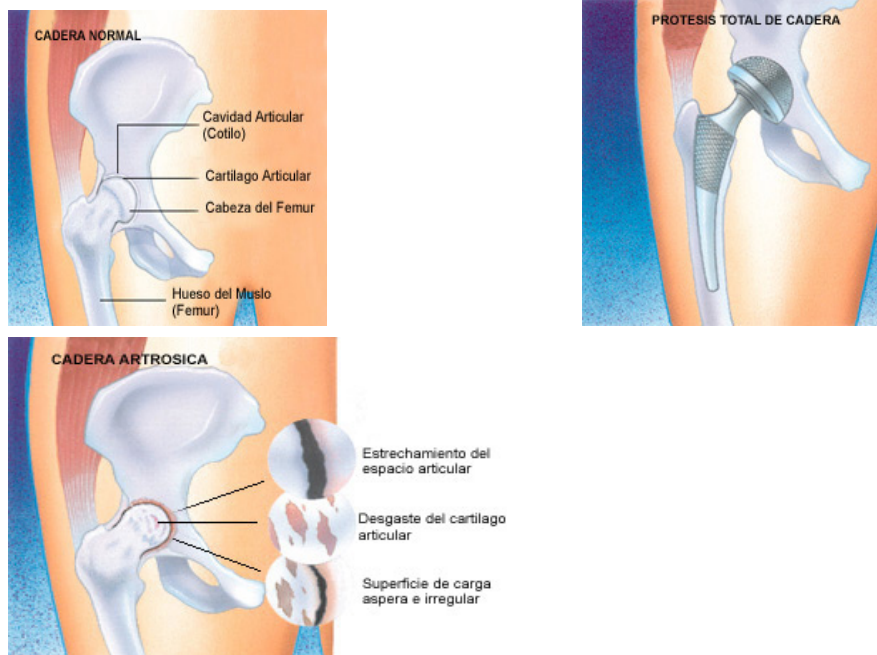
En las últimas décadas, los reemplazamientos quirúrgicos articulares han supuesto una importante mejora en la capacidad funcional de los pacientes con artropatías. En nuestro país, se colocan anualmente alrededor de 30.000 prótesis articulares, la mayoría de rodilla y cadera, y en todo el mundo más de 1 millón.(9)

La articulación de la cadera es una articulación de tipo esférico, en la que la esfera está formada por la cabeza del fémur, que se articula perfectamente con una cavidad de la pelvis (acetábulo). La superficie de estos dos huesos está recubierta por una zona más suave y algo depresible, denominada cartílago articular.

La artroplastia o sustitución de la articulación de la cadera es un procedimiento quirúrgico donde se sustituye total o parcialmente la parte de la articulación afectada o enferma por una artificial, a la que llamamos prótesis. Cuando lo que se sustituye es una prótesis de cadera colocada previamente, hablamos de *revisiones*.

La operación de sustitución total de la cadera consiste entonces en reemplazar la cabeza del fémur gastada por una esfera que va unida a un vástago o tallo (esto es lo que llamamos prótesis), y colocar en la cavidad de la pelvis (acetábulo) una cazoleta de

polietileno. Ambos componentes pueden ser fijados al hueso por un cemento especial llamado Metilmetacrilato.



**Ilustración 1. Cadera normal, artrósica y prótesis total de cadera. Hospital de Antequera, Servicio de Traumatología. Accedido a 10/05/10.**

Este tipo de cirugía está considerada como un tratamiento efectivo, incluso como uno de los tratamientos quirúrgicos más exitosos. De hecho, está generalmente aceptado que en estos procesos los beneficios funcionales para el paciente son mayores que los riesgos y costes clínicos.(4,10-12)

Varios estudios en diferentes contextos de salud han señalado, consistentemente, que la relación coste-efectividad en las prótesis de cadera y rodilla es comparable a otras comunes intervenciones médicas y quirúrgicas, tales como la diálisis renal o el bypass.(13)

Según un estudio realizado en Cataluña,(10) la artrosis y la artritis reumatoide son las causas más frecuentes de colocación de una prótesis total de cadera. Otras patologías que requieren el reemplazo protésico son: osteoartrosis secundarias a luxación congénita, mesenquimopatías, o tumores.

## GENERALIDADES DE LA ARTROSIS DE CADERA

La definición de *artrosis* varía dependiendo de cada autor e investigador, aunque está claro que es una enfermedad crónica, degenerativa y progresiva que afecta a las articulaciones sinoviales del cuerpo, y que se presenta en personas entre los 50 y los 60 años de edad, con una clara relación proporcional con la misma.

Los cambios radiológicos degenerativos de artrosis se pueden observar en el 44-70% de la población mayor de 55 años, mientras que en los mayores de 75 años es un 85%. Actualmente se estima que un 12% de la población mayor de 65 años tiene una artrosis asintomática.(14) Los factores genéticos y la presencia de otras patologías articulares, además de la edad y del uso excesivo, influirán en el desarrollo del desgaste de la articulación y progresión de la enfermedad.

La artrosis tiene lugar cuando el cartílago que recubre las superficies articulares se desgasta, quedando sin protección el hueso subyacente y causando una destrucción severa de la articulación que da lugar a aspereza y deformidad de la misma, origen del dolor y la incapacidad que limita funcionalmente al paciente. Con frecuencia encontraremos la pierna algo más corta, produciendo cojera. Por todo ello, los objetivos en los pacientes con artrosis al colocar una prótesis de cadera son: eliminar el dolor, disminuir la rigidez y en definitiva, mejorar la movilidad.

La artrosis podemos dividirla en dos: primaria y secundaria. La primera aparece típicamente en mujeres menopáusicas, afectando principalmente a las articulaciones de rodilla, manos y cadera. Se observa también en pacientes obesos y en aquéllos con carga articular repetitiva. La segunda la podemos describir como la que aparece después de una alteración biomecánica causada por un traumatismo (traumática); en recién nacidos con luxación congénita de la cadera o con síndrome de hipermovilidad que producirán sobrecarga sobre el cartílago articular (anatómica); en casos de artritis reumatoide o séptica donde existe un fuerte daño al cartílago articular (inflamatoria); depósito de cristales como en la enfermedad de la gota (metabólicas); y en pacientes diabéticos con alteración en la sensación del dolor y propiocepción que provocarán

subluxaciones e inestabilidad crónicas que poco a poco desgastaran la articulación (neuropáticas).(14)

Clínicamente, la coxartrosis se manifiesta como dolor inguinal y lateral de la cadera que se puede irradiar a la rodilla. El dolor se presenta la mayoría de las veces al comenzar a caminar tras estar sentado, por las mañanas al levantarse de la cama tras haber descansado toda la noche y también después de haber efectuado una caminata. La disminución de la movilidad se hace evidente, poco a poco empiezan a aparecer las dificultades para colocarse calcetines, zapatos, subir o bajar escaleras y realizar labores cotidianas del trabajo y el hogar. Se va estableciendo gradualmente una contractura en flexoabducción y rotación interna que causa acortamiento y claudicación en el paciente.

En primera instancia, la mayoría de las veces el paciente acude a consulta con el médico de familia, quien puede tratar la enfermedad prescribiendo medicamentos, educando y tranquilizando al paciente pues se encuentra ansioso por el constante dolor, la pérdida de movilidad y las alteraciones del sueño que los síntomas le causan. El médico general emplea un tratamiento a base de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) vía oral y tópica, con los que se espera que haya una mejoría y/o desaparición del dolor al cabo de tres meses. El uso de antidepresivos se utiliza en pacientes que padecen alteraciones del sueño y ansiedad.(14)

El médico de familia debe referir al paciente al departamento de traumatología y ortopedia para su valoración, cuando el dolor no cede con la medicación y el desgaste y la alteración funcional es muy prolongada. En este caso, el paciente puede requerir medidas quirúrgicas para reemplazar la articulación por una prótesis de cadera. Se han descrito dos tipos de prótesis de cadera: prótesis total y prótesis de superficie.

La prótesis total de cadera consiste en reemplazar las dos partes que conforman la articulación de la cadera. Por un lado el acetábulo que corresponde a la parte de la pelvis de la cadera y por otro lado la cabeza del fémur, que se inserta en el acetábulo, para esto es necesario extirpar por completo la cabeza y parte del cuello del fémur.

Para las *prótesis parciales* de cadera, la razón más frecuente para colocarlas es la fractura de cuello femoral, así como para las revisiones es el fallo mecánico.(15)



## **CONSIDERACIONES ACERCA DE LA FRACTURA DE CADERA**

Las fracturas de cabeza femoral son lesiones importantes que generalmente se dan, bien en población de edad avanzada ocasionadas por caídas, o bien en el otro extremo, asociadas a luxaciones de la cadera tras accidentes de tráfico graves, típicamente en gente joven.(16)

El número de ancianos crece de forma continua en todos los países desarrollados, alcanzando la población edades cada vez más elevadas. En nuestro país, las previsiones para el año 2010 son de 6.200.000 individuos con más de 65 años y, lo que es más importante, 1.500.000 por encima de los 80 años. Se estima que en 2020 serán el 17,3% de la población.(16)

Las caídas y sus traumatismos relacionados son uno de los problemas más serios que sufren los ancianos. Se calcula que un 35-40% de las personas mayores de 65 años sufren una caída al año y por encima de los 75 años este porcentaje es aún mayor.(16) Dentro de los traumatismos producidos por estas caídas destacan las fracturas de cadera por su frecuencia, la morbimortalidad asociada, su efecto devastador sobre la calidad de vida, y su enorme coste económico. Si se mantiene la tendencia demográfica actual, la incidencia, ya de por sí alta de estas fracturas, puede duplicarse o triplicarse a mediados del siglo XXI, lo que nos da una idea del importante problema de salud pública que suponen.

Algunos detalles epidemiológicos de la fractura de cadera en España son los siguientes (11):

- Incidencia bruta y estratificada por edad y sexo. En España la incidencia global de fractura de cadera en ancianos es de 517 casos por 100.000 habitantes y año; 270 casos por 100.000 varones ancianos y año y 695 por 100.000 mujeres ancianas y año. Existe una gran diferencia en la incidencia entre Comunidades,

siendo la más baja en Canarias y la más alta en Cataluña (221 y 658 fracturas de cadera por 100.000 ancianos y año respectivamente). Por grupos de edad la incidencia va aumentando exponencialmente desde los 107 casos por 100.000 ancianos y año entre los 65 y los 69 años hasta alcanzar los 3.992 casos por 100.000 ancianos y año para los mayores de 94 años. La incidencia en mujeres es prácticamente el doble que en los varones en todos los tramos de edad hasta los 94 años.

- Tasas ajustadas por edad y sexo. Las variaciones en la incidencia encontradas en las distintas Comunidades Autónomas podría deberse a diferencias en la estructura de la población de cada Comunidad. Para poder comparar mejor la incidencia entre ellas es preciso normalizarlas, y para ello ajustamos las tasa de incidencia específica respecto a la población de España, es decir el número de fracturas por 100.000 habitantes y año que cabría esperar en cada CCAA si su distribución, en lo que respecta a edad y sexo, fuera la de la población estándar. Las diferencias entre las CCAA son similares a las encontradas analizando las tasas de incidencia bruta. Estos datos sugieren que las diferencias no se deben a una distinta composición en la población en las CCAA en lo que respecta a sexo y edad, sino a otros factores.
- Variación estacional. El mayor porcentaje de las fracturas de cadera en ancianos se producen en el invierno (26,8%) y el menor en verano (23,4%). No obstante existe una gran variabilidad entre las CCAA. La época de menor incidencia es el otoño en Cantabria, Castilla León, Ceuta y Melilla y la primavera en Castilla la Mancha, Extremadura y Murcia. En las comunidades de Aragón y Navarra no existe prácticamente ninguna variación en la incidencia de fractura de cadera a lo largo de las distintas estaciones.

La mayoría de los pacientes con fractura de cadera precisa tratamiento quirúrgico para recuperar la autonomía en la deambulación previa a la caída. Esta recuperación, junto con la prevención de las complicaciones propias de la inmovilización prolongada (patología tromboembólica, úlceras por decúbito, deterioro de la función pulmonar, neumonías, etc.) mediante una movilización precoz postquirúrgica, constituyen los objetivos fundamentales del tratamiento. Por tanto, el tratamiento correcto e integral de

la fase aguda tiene una gran importancia en la evolución posterior del paciente y en él se consume una parte importante del coste de su asistencia.(16)

En estos pacientes, las complicaciones intrahospitalarias son muy frecuentes, habiéndose comunicado incidencias hasta en el 84% de los enfermos.

La mortalidad intrahospitalaria de las series publicadas oscila entre el 4,76 y el 16,9%. En nuestro país varía entre un 4,2 y un 8%. A los 3 meses de la fractura, la mortalidad oscila entre un 8 y un 27%. Al año la mortalidad varía entre el 20,5 y el 31,6%. Tras este periodo de 10-12 meses, el riesgo de mortalidad se iguala con las personas de similar edad y sexo que no se han fracturado la cadera.(16)

Los pacientes que no fallecen sufren un deterioro funcional importante. La valoración de la recuperación funcional es especialmente dificultosa, debido a la falta de estandarización de los niveles funcionales. En algunas series se emplea como indicador de recuperación funcional las actividades de la vida diaria, siendo la evolución funcional en estas actividades paralela a la recuperación de la autonomía en la marcha. En general, en pacientes de cualquier edad, el 40-50% recupera su nivel funcional previo y el 20-30% quedan encamados permanentemente, aunque hay series con mejores resultados.(16)

La artroplastia de cadera no es una intervención exenta de complicaciones, siendo de las más temidas la infección y la luxación de la prótesis. En la actualidad, las tasas de infección rondan el 1,5% en las prótesis de cadera y el 2,5% en las de rodilla. Su presencia supone una importante disminución en la calidad de vida de los pacientes, un elevado coste económico y un sufrimiento humano que se traduce, en ocasiones, en una mortalidad de hasta un 18%.(9) Para evitarlo, nuestra mejor arma es su conocimiento y su prevención.

El estudio de la infección en la PTC resulta de gran interés, especialmente la infección de localización quirúrgica (ILQ) que supone una complicación seria que puede ser muy grave y obligar a la retirada de la prótesis.

La prevención satisfactoria de la infección nosocomial en pacientes sometidos a PTC se basa en medidas generales de prevención, que incluyan una correcta limpieza,

desinfección, esterilización, lavado de manos y medidas dirigidas específicamente a diferentes procedimientos como el sondaje vesical. En la prevención de las ILQ es de destacar la importancia de un protocolo correcto que incluya el mantenimiento de la bioseguridad ambiental del quirófano, la preparación prequirúrgica del paciente y la aplicación de una adecuada profilaxis antimicrobiana preoperatoria. En cuanto a los factores intrínsecos del paciente, asegurar un buen estado general libre de infecciones, buen estado nutricional y salud dental para disminuir el riesgo de infección nosocomial.

En cualquier caso y considerando que la edad media de los pacientes sometidos a este procedimiento es elevada, es importante considerar la pluripatología de base. Una vez establecida la infección es importante su diagnóstico correcto precoz e identificación del patógeno. En caso de ILQ graves, el tratamiento frecuentemente exige la retirada de la prótesis previa limpieza y desbridamiento.(17)

Según un estudio de infecciones intrahospitalarias(8), la infección de prótesis articulares tiene una incidencia relativamente baja en Chile, que fluctúa entre el 2 y 5 %, pero que tiene consecuencias clínicas devastadoras debido a que lleva asociado el uso de terapias antimicrobianas prolongadas, la aplicación de aseos quirúrgicos frecuentes en el retiro de material protésico infectado, así como por las secuelas temporales y definitivas que generan en los pacientes. El aumento de los costes sobre los inicialmente programados, y la necesidad de una estancia prolongada, van asociados a los casos de infección de la prótesis de cadera.

Según este mismo estudio realizado en el Departamento de Ciencias Biomédicas de la Escuela de Medicina de Chile de la Universidad Católica del Norte, el riesgo de infección de la artroplastia de cadera se ha asociado a factores diversos como el volumen de cirugía anual, la ausencia de personal a cargo de la vigilancia epidemiológica, uso de heparina de bajo peso molecular para la prevención de la trombosis venosa, uso de corticosteroides intra-articulares previos, edad avanzada del paciente, sexo femenino, riesgo anestésico: ASA score II y III, índice de masa corporal mayor de 25, estancia preoperatoria mayor de cuatro días, presencia de artritis reumatoide y/o diabetes mellitas, calidad de la técnica quirúrgica, duración del tiempo operatorio, uso de hemotransfusiones alogénicas y uso de drenajes en la herida quirúrgica.

Siguiendo con el análisis realizado en el estudio Chileno, los resultados demostraron que si los pacientes presentan una evolución sin incidentes, la hospitalización representa el 50% de los costes hospitalarios y la cirugía alrededor del 25% de los costes totales, dependiendo del tipo de prótesis. La media del coste de la artroplastia de cadera primaria es de 6.080 US\$ en Canadá y de 12.846 US\$ en EEUU, con una media de hospitalización de 7 y 4 días, respectivamente. En el Hospital Clínico San Pablo de Coquimbo (Chile), donde se realizó este estudio, el coste de estos pacientes sin que aparezcan complicaciones es de 2.354 US\$, menor que en Canadá y EEUU, debido a que el Estado de Chile genera mecanismos de subsidio fijando los costes de hospitalización y otros costes asociados bajo los valores comerciales. En cambio, en los pacientes con infección de la prótesis, el coste es de 6.174, 8 US \$.

Una vez más, comprueban que las complicaciones surgidas durante la estancia hospitalaria, como son las infecciones, conllevan un aumento de la estancia media hospitalaria. En este sentido, el resultado del estudio del Hospital de Coquimbo obtuvo una media de 13 días de estancia en los pacientes sin infecciones, y de 54 en los que se diagnosticó algún tipo de infección de la artroplastia.

Además del aumento de la estancia media, la infección de la artroplastia de cadera supone un aumento de los costes (2.005,56 US\$ más), así como un enorme impacto físico, psicológico, social, financiero y legal tanto para pacientes como para la institución. No hay que olvidar que la infección de la prótesis compromete la supervivencia de la extremidad y, a veces, la vida del paciente (en este estudio en concreto, un 15,4 %).

En conclusión, todos los esfuerzos destinados a evitar la infección de la prótesis se justifican ampliamente a la luz de estos resultados, en especial, a través de la adherencia a las buenas prácticas clínicas de todo el personal involucrado en la cirugía y a través de una vigilancia epidemiológica estricta que permita identificar los factores de riesgo más probables asociados a cada caso, así como generar programas de intervención destinados a neutralizar estos factores de riesgo.

En Dinamarca se realizaron durante el año 2006 aproximadamente 12.000 artroplastias de cadera y rodilla con unos costes hospitalarios de cerca de 110.000,000 US\$, basados en las tarifas danesas del 2005 por GRD. La incidencia de prótesis de cadera fue de 142 por 100.000 habitantes en el 2004, cuya tendencia es a aumentar progresivamente.(18)

Austria también está dentro del ranking de países Europeos con mayor número de implantación de prótesis articulares de cadera, con 11.978 artroplastias primarias anuales (prótesis total); 148 por 100.000 habitantes. La estancia media hospitalaria es de 14,9 días para las prótesis cementadas, y de 14,2 días para las no cementadas.(19)

En España, el coste del proceso que nos ocupa, según el estudio llevado a cabo en un hospital público español por J.L. Navarro Espigares(13), es de 7.891,21 euros de media. Los costes de la intervención están calculados teniendo en cuenta los dos principales determinantes en el caso de la artroplastia: la estancia y la prótesis.

Si medimos el resultado en función del coste por año de vida ajustado por la calidad (AVAC), asumimos una tasa de supervivencia de las prótesis de 15 años en el 95% de los casos, y descontamos el coste total de cada intervención, estaremos hablando de 7.936,12 euros.

En otro estudio español, según Allepuz A. et al.(10), la artroplastia de cadera es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes, además de ser efectivos. Los costes de este tipo de cirugías son elevados, estimados en 8.737 euros para las artroplastias primarias de cadera en el año 2002. Hay que destacar, que aún con esos datos económicos, tanto los costes directos como los costes por año de vida ajustado por la calidad en artroplastias de cadera, son más bajos que los obtenidos en estudios previos para otros países.

En definitiva, la alta incidencia de la fractura de cadera, su elevado coste, las altas tasas de resultados adversos y la variabilidad en el empleo de procedimientos quirúrgicos, la convierten en un área de investigación relevante en torno a la adecuación y la calidad de la atención sanitaria.

En conclusión, dada la importancia del aumento de la población anciana en España, y en general a nivel mundial; así como de la incidencia y costes de la fractura de cadera, se ha creído necesario realizar este estudio de la calidad de la asistencia hospitalaria en la implantación de prótesis de cadera. Este tipo de pacientes pertenecen al GRD 818.

El GRD 818 se define como “Sustitución de cadera excepto por complicaciones”. Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo músculo-esquelético a los que se ha implantado una prótesis de cadera. El GRD 818 pertenece a una categoría diagnóstica mayor (CDM 8), y engloba los procedimientos quirúrgicos codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Edición Modificación Clínica (Código CIE-9-MC)(4) y descritos en la Tabla 1.

<b>CÓDIGO CIE</b>	<b>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>
<b>81.51</b>	Sustitución total de cadera
<b>81.52</b>	Sustitución parcial de cadera
<b>81.53</b>	Revisión de sustitución de cadera

**Tabla 1. Descripción de procedimientos del GRD 818.**

El procedimiento 81.51 o implante de prótesis total de cadera es el más frecuentemente realizado.(4)

En la revisión del Sistema de GRD en el Sistema Nacional de Salud, en el año 2002 se consideró que se tenían que separar los procedimientos de prótesis de cadera del resto de implantes de articulación mayor en el miembro inferior (es decir, rodilla y tobillo). De este modo, el GRD 209 que hasta el año 2001 inclusive se denominaba “Reimplantación mayor articulación y miembro extremidad inferior sin infección”, pasa a ser “Reimplantación mayor articulación y miembro extremidad inferior, excepto cadera sin complicaciones”; y se crea el nuevo GRD 818 antes descrito.

Es importante destacar que tanto el antiguo GRD 209 como el actual GRD 818, pertenecen al grupo de los 25 GRD quirúrgicos más frecuentes del hospital, y en algunos casos, uno de los 25 GRD con mayor consumo de recursos, como podemos observar en la Tabla 2.

HOSPITAL	AÑO	TOTAL ALTAS GRD 818	ESTANCIA MEDIA	PESO	25 GRD'S CON MAYOR CONSUMO DE RECURSOS	25 GRD'S MÁS FRECUENTES
<b>12 DE OCTUBRE</b>	2009	208	12,98	3,88	16°	SI
	2008	227	11,80	3,88	13°	SI
	2007	283	12,61	3,83	11°	SI
<b>GREGORIO MARAÑÓN</b>	2009	277	15	3,88	No está en el grupo de los 25 primeros	SI
	2008	318	15,78	3,88	No está en el grupo de los 25 primeros	SI
<b>CLÍNICO SAN CARLOS</b>	2009	236	15,86	3,83	12°	SI
<b>RAMÓN Y CAJAL</b>	2009	305	15,97	3,83	13°	SI
	2008	290	17	3,83	No está en el grupo de los 25 primeros	SI
	2007	277	19	3,83	No está en el grupo de los 25 primeros	SI
<b>HOSPITAL DE FUENLABRADA</b>	2009	68	7,94	3,88	25°	SI
<b>HOSPITAL SANTA CRISTINA</b>	2009	133	6,89	3,35	3°	SI
	2008	90	6,14	0,11	5°	SI
	2007	98	6,26	3,83	5°	SI
<b>PRÍNCIPE DE ASTURIAS</b>	2009	132	10,30	3,88	12°	NO
	2008	160	11,13	3,88	6°	NO
<b>LA PRINCESA</b>	2008	165	11,12	3,88	8°	SI
	2007	256	10,53	3,83	4°	SI

Tabla 2. Datos de Actividad Asistencial Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid. Fuente: [www.madrid.org](http://www.madrid.org)

Es importante destacar, por su repercusión económica, que los 25 GRD más frecuentes abarcan un 40-60% de todos los pacientes de un hospital.(20)



Tabla 3 se presentan los resultados de las estadísticas de diferentes Hospitales\* a nivel nacional, donde podemos observar la posición del GRD 818 dentro de los 25 GRD más frecuentes de cada Hospital.

<b>CENTRO</b>	<b>25 GRD más frecuentes</b>	<b>TOTAL ALTAS</b>	<b>EM</b>	<b>PESO</b>
<b>SNS 2006</b>	16°	31124	11,26	2,31
<b>H.U.Marqués Valdecilla 2006</b>	9°	381	9,86	3,76
<b>H.U.Dr.Negrín 2006</b>	13°	185	6,39	0,04
<b>H. Cruces 2006</b>	7°	364	11,78	3,7557
<b>H. Reina Sofía 2006</b>	18	344	10,62	3,83

Tabla 3. Posición del GRD 818 dentro de los 25 GRD quirúrgicos más frecuentes en diferentes hospitales españoles. Fuente: web oficial del Hospital.

En la Tabla 4, se presentan resultados del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, referente a la actividad asistencial en el GRD 818 en los últimos años, por grupos de edad.

---

\* Los datos se han extraído de las sedes web de los Hospitales mencionados.

	<b>COSTE MEDIO</b>	<b>ESTANCIA MEDIA</b>			<b>CASOS</b>		
<b>RANGO DE EDAD</b>		45-64 AÑOS	65-74 AÑOS	MÁS DE 74 AÑOS	45-64 AÑOS	65-74 AÑOS	MÁS DE 74 AÑOS
<b>2002</b>	6.149,36	10,98	12,06	13,61	4.982	8.488	13.110
<b>2003</b>	6.785,31	10,59	11,48	13,42	4.990	8.645	13.800
<b>2004</b>	6.983,42	10,06	10,96	13,01	5.201	8.180	14.545
<b>2005</b>	6.768,88	9,62	10,69	12,85	5.403	8.129	15.394
<b>2006</b>	8.019,87	9,29	10,45	12,57	5.832	8.008	16.076
<b>2007</b>	8.356,70	9,00	10,11	12,55	6.063	7.822	16.620
<b>2008</b>	6.991,89	8,63	9,87	12,15	6.115	7.387	17.111
<b>2009</b>	7.047,82	8,23	9,36	11,54	6.389	7.472	17.241

Tabla 4. Consulta interactiva del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en [www.pestadistico.msc.es](http://www.pestadistico.msc.es)

# JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL PRIVADO SELECCIONADO

La pregunta de investigación, y por tanto la necesidad de implementación de este proyecto de investigación surge de la observación directa y el seguimiento de los pacientes del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) de un hospital privado, sometidos a una intervención de prótesis de cadera la cual se codifica en este caso dentro del GRD 209 (según clasificación vigente hasta el 2001), pues en el hospital no se hace efectivo el cambio al GRD 818 hasta el año 2008. Se trata de un Hospital Privado de la Comunidad de Madrid, de 270 camas, 12.544 altas de hospitalización y 90.531 estancias de hospitalización.

## DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE UN HOSPITAL PRIVADO

Según las variables de agrupación contenidas en la Encuesta de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, relativas a la tipificación de centros y la actividad, podemos diferenciar de la siguiente manera la asistencia hospitalaria pública y privada en España (según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo):(21)

- Dependencia funcional: entidad jurídica de quién depende el centro.
- Financiación: régimen económico con que se financia la asistencia, referido a la actividad (altas y estancias), no a la dotación (camas).
- Finalidad asistencial: especialidad médica a la que el establecimiento dedica su actividad y recursos (camas). Se agrupa como: atención de agudos (general, quirúrgico, maternal, infantil, tórax, oncológico, traumatológico, otros), larga estancia (geriátrico, rehabilitación) y psiquiátrica.

En la Tabla 5 describimos las características del Hospital Privado en estudio, comparándolas con las de un Hospital Público.

	<b>HOSPITAL PÚBLICO</b>	<b>HOSPITAL PRIVADO</b>
<b>DEPENDENCIA FUNCIONAL</b>	Comunidad de Madrid	Aseguradora de Salud
<b>FINANCIACIÓN</b>	Financiación Pública	Muface, Isfas, Colectivos Interprovinciales, propios pacientes
<b>FINALIDAD ASISTENCIAL</b>	Atención de agudos	Atención de agudos

Tabla 5. Características de un hospital público y privado.

## EL HOSPITAL PRIVADO

Se trata de una Clínica Médico-Quirúrgica situada en Madrid, perteneciente a una importante aseguradora privada. Dada la petición expresa por parte de la Dirección Médica de la misma, no se va a revelar la entidad del Hospital ni de la aseguradora.

Estructura de la Organización.

La clínica está organizada en cuatro Áreas: Asistenciales, Administrativa, de Formación y de Información.

A pesar de pertenecer a una aseguradora privada, la Clínica dispone de total autonomía en su gestión, tanto a la hora de asignar recursos, como de diseñar y prestar sus servicios.

Da cobertura aproximadamente a 400.000 asegurados de la Comunidad de Madrid, y para ello cuenta con 700 empleados, contando personal sanitario y no sanitario.

En cuanto a la estructura general del Hospital, contamos con los siguientes datos:

- Número de camas totales: 222
- Quirófanos: 12
- Consultas: 22
- Alianzas con otros centros de cuidados medios o de rehabilitación: Dependen de la delegación de Madrid, son ellos quienes indican el centro para traslado.

El Servicio de Traumatología está organizado del siguiente modo:

- 7 médicos, de los cuáles uno es el responsable.
- 16 médicos de refuerzo en urgencias.
- Un equipo externo, de 5 cirujanos.
- Personal de enfermería: 3 enfermeras y auxiliares por la mañana, y 2 por la tarde y noche.
- Número de camas funcionales asignadas: 37 (planta 1B)
- Ingresos en Unidad de Corta Estancia: no tienen.
- Lista de espera: no tienen.

Misión, visión y valores de la Organización.

El ideario de la Clínica fomenta la relación libre y directa con el asegurado, y permite que sus profesionales conozcan sus necesidades y las atiendan sin demora.

El modelo asistencial incorpora tres principios fundamentales: relación de confianza entre médico y paciente basada en la libre elección; ausencia de intermediarios financieros, políticos o mercantiles entre ambos, mediante la autogestión cooperativa de la actividad por los propios profesionales de la sanidad; ausencia de ánimo de lucro mercantil, para permitir dedicar a la asistencia todos los recursos económicos, revirtiendo anualmente los excedentes en la mejora de la calidad asistencial.

El compromiso, implícito en la vocación asistencial, es el de mantener permanentemente en la vanguardia del sector privado las exigencias de control de la calidad asistencial, en garantía del paciente y del propio quehacer profesional.

El viaje hacia la Calidad de la Organización.

Los inicios del camino hacia la certificación, se remontan al año 1996, cuando el recién nombrado equipo directivo participó en un proyecto de la Escuela Nacional de Sanidad, sobre la aplicación del modelo EFQM en hospitales de la Comunidad de Madrid. Como consecuencia del mismo, los líderes comenzaron una ronda de contactos y visitas a

diferentes hospitales donde se habían puesto en marcha algunos proyectos sobre gestión de la calidad.

En 1998 comenzó la fase de promoción de la idea entre los diferentes niveles de responsabilidad de la Clínica, siendo el objetivo inicial planteado, alcanzar la certificación del Sistema de Calidad de toda la clínica, lo que se consiguió en diciembre del 2001, y en el año 2002 la de su Sistema de Gestión Medioambiental. A principios del 2003, comenzó el proyecto de autoevaluación con el modelo EFQM con la formación de los evaluadores, responsables, etc., y que continuó con la realización de la autoevaluación en octubre de 2003 y la formalización de tres planes de mejora, los cuáles una vez puestos en marcha se completarían con una nueva autoevaluación en 2004.

Se han revisado los datos de la Gestión de Estancias del servicio de COT del Hospital en artroplastias de cadera en los últimos años disponibles, describiéndolos en las siguientes tablas. (Ver Tabla 6 y Tabla 7).

		<b>81.51</b>	<b>81.52</b>	<b>81.53</b>	<b>Otros procedimientos</b>	<b>GRD 818</b>
<b>2007</b>	<b>N</b>	40	55	4	0	99
	<b>EM</b>	10,08	17,91	32,75	0	15,64
<b>2006</b>	<b>N</b>	35	36	3	39	74
	<b>EM</b>	14,62	17,67	17,33	10,28	16,22
<b>2005</b>	<b>N</b>	35	44	9	44	88
	<b>EM</b>	10,77	17,82	11,44	9,45	14,36
<b>2004</b>	<b>N</b>	39	42	15	96	53
	<b>EM</b>	14,05	16,29	23,27	16,47	10,34

Tabla 6. Gestión de estancias en el Hospital Privado (2004-2007)

<b>GRD 818</b>	<b>EM</b>	<b>EM estándar</b>	<b>Diferencia EM</b>	<b>Impacto estancias consumidas</b>
----------------	-----------	--------------------	----------------------	-------------------------------------

<b>2006</b>	16,22	8,5	5,7	641
<b>2005</b>	14,36	8,3	4,6	592
<b>2004</b>	10,34	9,9	4,1	597

Tabla 7. Impacto en estancias consumidas del GRD 818 en el Hospital de estudio.

De las tablas anteriores se desprenden las siguientes conclusiones:

1. La diferencia entre la estancia media observada y la estándar, y en consecuencia el impacto en estancias consumidas ha aumentado progresivamente a lo largo de los años, desde el 2003 al 2006. (Datos disponibles)
2. El impacto se refiere a número de camas por día ocupadas innecesariamente, lo tiene una traducción directa en aumento de costes.
3. En el Hospital de estudio, la frecuencia de intervenciones de prótesis total y parcial de cadera es semejante, ligeramente superior en el caso de las parciales. Sin embargo, si que hay diferencias en la EM, siendo aproximadamente 4,6 días superior en las PPC respecto a las PTC.

Según esto, si analizamos los datos del GRD 209 en el año 2007, y desglosamos los totales en función del número de pacientes con una estancia mayor de 8 días (que se asume como inadecuada), obtenemos los siguientes resultados recogidos en la Tabla 8.

<b>GRD 818</b>	<b>N</b>	<b>EM</b>	<b>COSTES HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>COSTES QUIRÓFANO</b>	<b>TOTAL FACTURA</b>	<b>COSTE POR DÍA DE EM</b>	<b>CASOS CON EM&gt;8 DÍAS</b>
<b>81.51 PTC</b>	40	10.08	1408.46	341.99	2583.04	256.25	25
<b>81.52 PPC</b>	55	17.91	2269.15	344.92	4141.39	231.23	50
<b>81.53 Revisión</b>	4	32.75	3918.17	397.02	7789.15	237.84	4
<b>TOTAL</b>	99	15.64	1988.02	345.84	3659.14	233.96	79

Tabla 8. Análisis de los costes en los pacientes del GRD 818 en el año 2007 en el Hospital de estudio.



En la Tabla 8 observamos que del número total de casos de los procedimientos quirúrgicos codificados como 81.51, 81.52 y 81.53 (prótesis total, parcial y revisión de cadera, respectivamente), el 79,79 % de los mismos tienen una estancia media superior a 8 días.

Si tenemos en cuenta que para el Hospital en cuestión (según la opinión del Director de Calidad Asistencial) es rentable un paciente de este tipo con una estancia media inferior a 8 días, con las estancias medias observadas en los últimos años, la gestión de los procedimientos del GRD 818 en dicho Hospital no está resultando efectiva, con el consiguiente impacto en la gestión económica del centro (ver Tabla ).

<b>GRD 818</b>	<b>COSTE MEDIO EM OBSERVADA</b>	<b>COSTE MEDIO EM IDEAL &lt; 8DÍAS</b>	<b>DIFERENCIA (AHORRO POR PACIENTE)</b>
<b>81.51</b>	1961,62	1165,62	795,99
<b>81.52</b>	4376,02	1795,06	2580,96
<b>81.53</b>	7789,15	1902,69	5886,46
<b>TOTAL</b>	14126,79	4863,37	9263,41

Tabla 9. Impacto económico de la reducción de estancia media en el GRD 818.

En definitiva, existe una necesidad real de adecuar las estancias en el servicio de COT en el hospital que nos concierne, ya que supondría una disminución importante en el consumo de recursos hospitalarios y en los costes del servicio, con su correspondiente influencia en los resultados económicos generales del centro.

<b>GRD 818</b>	<b>EM SNS</b>	<b>EM HOSPITAL</b>	<b>DIFERENCIA EM</b>
<b>2007</b>	11,11	15,64	4,53
<b>2006</b>	11,26	16,22	4,96
<b>2005</b>	11,55	14,36	2,81

**Tabla 10. Comparación de EM en el Hospital Privado y la Norma del SNS en los últimos años disponibles.**

Analizando en la Tabla 10 las estancias medias, y comparándolas con la Norma del SNS para cada año, se observa una desviación notable de los días de ingreso de los pacientes del GRD 818. En cierta medida, también se ve afectada la calidad de la asistencia ofrecida a los pacientes, que por causas desconocidas y que serán motivo de nuestro estudio, verán alargada su estancia en el hospital, con los condicionantes emocionales, sociales e incluso económicos que ello supone.

Algunos aspectos de la vida obstaculizan o impiden el mantenimiento del proyecto vital, como por ejemplo la enfermedad, el confinamiento en cama o en una institución, el temor y el dolor. La calidad de vida se refleja en diferencias existentes entre las esperanzas y las expectativas de una persona, y la experiencia actual. Es en este punto en el que podemos y debemos actuar, y por ello se espera obtener unos resultados óptimos en la realización del presente proyecto, para reducir dicha diferencia entre las esperanzas de los pacientes y la realidad (ya que la hospitalización puede conllevar complicaciones), mejorando las funciones del paciente mediante un adecuado tratamiento, o reduciendo las expectativas mediante una comprensión informada de las limitaciones de la patología, así como de la aceptación de los riesgos asociados al tratamiento (están en función de patologías asociadas, edad,..) relacionados con los beneficios esperados.

Tras realizar una revisión bibliográfica exhaustiva en las principales bases de datos y revistas de impacto en Traumatología y Ortopedia con artículos originales, utilizando como palabras clave “ total hip/ hemi-arthroplasty, lenght of stay, neck femoral fracture, cost and outcome of hip arthroplasty, hip replacement, clinical pathways, effectiveness,

quality improvement”, llegamos a la conclusión de que los siguientes datos son relevantes en el desarrollo del estudio:

- Estancia media
- Estancias inapropiadas.
- Consumo asignado a cada paciente: sistema de contabilidad analítica.
- Tipo de paciente: edad, sexo, otras patologías asociadas, cirugías en urgencias o programadas, prótesis parcial o total.
- Protocolo de admisión apropiada.
- Desglose del coste total: porcentaje del peso de la estancia y del peso correspondiente a quirófano.
- Posibles causas de inadecuación de la estancia: ausencia de centros de cuidados alternativos, retraso de pruebas diagnósticas, retraso en la planificación del alta, problemas familiares para el cuidado en el domicilio.
- Evaluación y comparativa de costes en estancia media observada y estancia media necesaria.

Como causas de la alta estancia media hospitalaria destacan la ausencia de lugares de evacuación (hospitales intermedios y residencias asistidas) y los problemas socioeconómicos de la población.(22) Habría que intentar reducir la estancia media, ya que es responsable de la mayor parte del gasto que ocasiona la fractura de cadera, dado que el coste del material protésico y de síntesis es irrelevante comparado con el coste de la estancia media.

Según algunos autores, instaurando un plan de gestión adecuado, basado en la unificación de la información y programación, depuración periódica de listas de espera, guías clínicas, gestión de la demanda, priorización por necesidad e incremento de la oferta, se puede llegar a disminuir la estancia media de los procedimientos codificados bajo el GRD 209 (según codificación anterior al 2002) en 4 días.(23)

Según este mismo estudio,(23) un buen plan de gestión trata de revisar y mejorar los procedimientos clínico-asistenciales, aplicando las siguientes medidas:

- Unificación y validación de la información sobre listas de espera.

- Depurar las listas periódicamente, para comprobar si se ha modificado la indicación o no de la intervención en cada paciente de las listas de espera con mucha demora.
- Reducir la variabilidad en la práctica clínica de estos procedimientos, ya que existe una apreciable variabilidad en el desarrollo del proceso asistencial, incluyendo en la fase de hospitalización un número de estancias destinadas a la rehabilitación funcional. Para mejorar todo ello, se pueden elaborar guías clínicas cuyo objetivo sea mejorar las indicaciones de cirugía y nuestra eficiencia.
- Actuaciones de gestión de la demanda.
- Priorizar a los pacientes en la lista por necesidad.
- Medidas para incrementar la oferta.

Por otra parte, algunos autores consideran problemas a los siguientes:

- La mala calidad de las historias clínicas pueden falsear las opiniones sobre estancias inapropiadas, porque omitan datos.
- No se consideran los problemas sociales y familiares.
- La necesidad o no de discutir sobre el tipo de intervención quirúrgica y de los cuidados prestados.

Como ya se ha comentado anteriormente, Joseph Martí-Valles et al.(23) vuelven a comprobar en su estudio que las intervenciones protésicas de cadera y de rodilla suponen el primer GRD (209) en número de casos atendidos por el servicio de COT. Por tanto, frente a esta situación, proponen:

- Incrementar la tasa de ambulatorización centralizando toda la cirugía mayor ambulatoria en los quirófanos de la unidad de cirugía sin ingreso.
- Abrir un quirófano más.
- Adecuar las estructuras de soporte para atender el incremento de actividad quirúrgica.
- Plantear diversas medidas de gestión de camas que permitan un mayor drenaje de la hospitalización (derivación a un centro de convalecencia y coordinación

con atención primaria la enfermería a domicilio al alta del paciente), y bajar la estancia media.

Estos mismos autores(23) comprobaron que al diseñar e implantar las guías clínicas de artroplastia de cadera y rodilla, a los dos años se obtenía una mejor gestión de camas, así como una disminución de la estancia media en 4,1 días.

Investigadores europeos,(18) en un estudio en Dinamarca, compararon dos grupos de pacientes a los que se les realizó una artroplastia de cadera, siguiendo uno un procedimiento normal y otro un protocolo de intervención acelerado (diferenciándose principalmente en el día de ingreso, organización de los recursos de enfermería e intervención del fisioterapeuta). Los resultados concluyeron que con la nueva Guía Clínica Danesa para pacientes con prótesis de cadera, se conseguía una reducción de la estancia media de 4,4 días (de 8,4 a 4,0 sin ajustar).

Según otro estudio realizado en Dinamarca, en el Hospital Universitario de Hvidovre, en Copenhage, entre los años 2003 y 2005, el 92% de los pacientes que participaron en el estudio fueron dados de alta directamente a sus casas en el plazo de 5 días, y aproximadamente el 41% podrían haber sido dados de alta en el plazo de 3 días.(24)

En este mismo estudio,(24) los autores concluyeron que las siguientes características de los pacientes estaban significativamente asociadas con una estancia hospitalaria de tres o menos días:

- Edad: por cada año de edad, la probabilidad de estar más de tres días aumentaba un 2,4% por año que aumentaba la edad; o un 27% por década.
- Sexo: las mujeres tenían casi un 40% más de probabilidades de estar más de tres días en el hospital que los hombres.
- Estado civil: los pacientes que vivían solos tenían un 25% de probabilidades de estar más de tres días que aquéllos que tenían cónyuge.
- Uso de ayudas técnicas antes de la cirugía: los pacientes que usaban ayudas técnicas para andar tenían un 40% más de posibilidades de estar más de tres días.
- Día de la cirugía: los pacientes operados los viernes estaban más de tres días. Esta probabilidad se reducía en un 45% en pacientes operados en lunes, un 80%

los operados los martes, 60% para los operados los miércoles, e incrementada en un 400% para los operados los jueves.

- Necesidad de transfusión de sangre: los pacientes que necesitaban transfusión tenían casi cuádruple probabilidad de permanecer más de tres días en el hospital.

En febrero del 2004 se abrió un nuevo hospital en el Reino Unido, en el cuál se introdujeron los mejores modelos de práctica clínica desempeñados hasta ese momento en un destacado Hospital Ortopédico de Estados Unidos. Con ello se consiguió reducir la estancia media hospitalaria para la artroplastia total de cadera en una media de cinco días, quedándose ésta en  $6,1 \pm 3,0$  días.(25)

Según Pedro M. Ruiz(5) dentro de los métodos utilizados para la evaluación y mejora de la Calidad, y basándose en las recomendaciones dadas por la “Acreditación de Instituciones Sanitarias” establecida por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), existen una serie de ítems importantes, ajenos a la propia estructura de la organización o empresa sanitaria, que se deben de tener en cuenta, como son:

1. Funciones centradas en el paciente: Derechos del paciente y Ética de la Organización.
2. Evaluación de los pacientes: necesidades del paciente al inicio y en el desarrollo del proceso.
3. Asistencia a los pacientes (cuidados personalizados).
4. Educación al paciente para involucrarle en el tratamiento y decisiones.
5. Continuidad y coordinación de la asistencia.

En definitiva, se puede concluir que existe una posibilidad real de conseguir una estancia adecuada en la artroplastia de cadera, ya que se ha alcanzado en EEUU y en otros países.

Así mismo, la estancia media en las fracturas de cadera sometidas a intervención para la implantación de prótesis varía mucho entre países y hospitales, más allá de las diferencias en edad y sexo, lo que sugiere la existencia de problemas relacionados con el nivel de recursos existentes.

La reducción selectiva de la estancia en base a los días innecesarios, favorece la eficiencia del proceso sin afectar a la calidad asistencial, identificando los servicios que pueden ser prestados en niveles de cuidados inferiores:(26)

- Potenciación de la red de servicios sociales.
- Recursos externos alternativos a la rehabilitación.
- Mejora de la atención domiciliaria.

En definitiva, la adecuación de la estancia hospitalaria, viene determinada por :

- Perfil clínico del paciente que ingresa.
- Recursos disponibles.
- Organización funcional del hospital y la unidad.
- Implicación de los profesionales.

En una comparativa del funcionamiento del hospital con las unidades de corta estancia (UCE), existe una menor inadecuación hospitalaria en las UCE, debido a una atención médica conservadora, con mayora implicación de profesionales y una mayor especialización.

En relación a la eficiencia en la gestión clínica, debemos comparar las estancias medias del hospital con las estancias medias estándar por GRD. Está comprobado que uno de los servicios del hospital con una estancia media alargada más de 30 días es el de traumatología y cirugía ortopédica, en concreto el GRD 209 (clasificación anterior al 2002).(27)

## **HIPÓTESIS**

Con la utilización de metodología de investigación cualitativa es posible evaluar la estancia hospitalaria en prótesis de cadera y conocer las causas de su inadecuación.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar la estancia hospitalaria en pacientes con patologías de cadera susceptibles de ser tratadas mediante artroplastia de cadera, a través del estudio de indicadores científico-técnicos, organizativos, y de resultados o satisfacción de los pacientes.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Evaluar la influencia de la organización funcional del servicio y la calidad asistencial prestada en la estancia media del GRD 818.
2. Evaluar la influencia del cumplimiento del protocolo de prótesis de cadera en la estancia media del GRD 818.
3. Evaluar la influencia de la planificación del alta en la estancia media del GRD 818.
4. Evaluar la influencia de la red de servicios socio-sanitarios y atención domiciliaria en la prolongación de la estancia media.



## **MATERIAL Y MÉTODOS**

El estudio se basará en el análisis de la Gestión Clínica del GRD 818 en un hospital de la Comunidad de Madrid de carácter privado, perteneciente a una aseguradora de servicios de salud.

Se finalizará el estudio centrando la discusión sobre los datos obtenidos del análisis cuantitativo y cualitativo de indicadores, comentando las analogías y discrepancias si las hubiera.

### **PROCEDIMIENTO A SEGUIR**

1. Se contactó con la Dirección Médica, planteándoles el Proyecto con el objetivo de conseguir los permisos necesarios para realizar la Investigación, así como la colaboración del personal sanitario.
2. Se presentó un Protocolo de Investigación ante el Comité de Ética.
3. Se solicitó una reunión con el Jefe del Servicio de COT para plantearle igualmente el Proyecto, y solicitarle de una manera más directa la colaboración en el mismo, ya que será con él con el que se planifiquen las entrevistas al personal del Servicio, y a los pacientes.
4. El Jefe de Servicio de COT nos puso en contacto con las Supervisoras de Enfermería y éstas a su vez con las enfermeras de la planta.

## **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

Los datos se van a obtener del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, siendo ésta la especialidad médico-quirúrgica que resuelve las patologías del aparato locomotor, como son fracturas y procesos degenerativos de cadera que derivan en la implantación de una prótesis.

Con el objetivo de analizar las causas que conllevan un aumento de la estancia hospitalaria en pacientes con prótesis de cadera, la investigación se va a dividir en dos partes: una cualitativa que analizará los discursos de traumatólogos, enfermeras y

pacientes para extraer información relevante acerca del proceso asistencial, y una cuantitativa con un estudio epidemiológico descriptivo para extraer y analizar la información relevante de las historias clínicas de los pacientes operados, visualizando y objetivando de este modo los resultados obtenidos del análisis del discurso de los informantes.

Para la recogida y el análisis de los datos necesarios para la Investigación, basados en indicadores, seguiremos la siguiente estructura:

1. INDICADORES TÉCNICOS O CIENTÍFICO-TÉCNICOS (salen de la estructura y gestión del Hospital). Evaluados mediante análisis cuantitativo.

- Cuadro de mandos del Servicio de Traumatología.
- Estructura del hospital: camas, quirófanos, consultas, y alianzas.
- Estructura física de la planta de hospitalización: habitaciones con espacio suficiente para la movilidad, mobiliario adecuado, gimnasio de rehabilitación, equipo de atención multidisciplinar,...
- Tecnología necesaria para el desarrollo de la actividad.
- Procesos: elegimos de entre todos los procesos tratados en el hospital, el GRD 818, del que sacamos datos de estancias medias, complicaciones, reingresos o revisiones en consulta para solventar complicaciones que no requieren reingreso, y tratamiento rehabilitador.
- Formación del personal del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- Existencia de Comités de Ética.
- Existencia de Procedimientos de atención de urgencias.
- De accesibilidad: lista de espera reducida, cercanía al domicilio, ausencia de barreras.
- De seguridad: plan antiincendios, entorno adecuado para evitar caídas,...
- Existencia de alianzas con otros centros de rehabilitación o pacientes crónicos.

2. INDICADORES ORGANIZATIVOS (acerca de los circuitos que sigue el paciente durante la hospitalización). Evaluados mediante análisis cualitativo.

- Existencia de guías clínicas basadas en Evidencia Científica y grado de seguimiento de las mismas en el Servicio de Traumatología.
- Evaluación de la existencia de variabilidad clínica al alta: criterios, indicadores y estándar.
- Valoración de pacientes candidatos a la implantación de una prótesis de cadera (problemas médicos, medicación, situación funcional y mental previa, apoyo social/familiar, y objetivos a conseguir).
- Derechos y obligaciones del paciente.
- Plan de cuidados: a cada problema, fijar un objetivo y un tratamiento adecuado.
- Detección de cambios e incidencias.
- Planificación al alta: equipamiento médico en domicilio, educación sobre el manejo del paciente por la familia o cuidadores en domicilio, contacto con el equipo de atención domiciliaria.
- Adecuación del programa de rehabilitación.

### 3. INDICADORES DE RESULTADOS O SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES/CLIENTES. Evaluados mediante análisis cualitativo.

- Evaluación de los Factores de Riesgo, que influyen decisivamente en la recuperación funcional de este tipo de pacientes, y que deben ser tenidos en cuenta a la hora de medir los resultados. Serían susceptibles de evaluar los factores relacionados con la enfermedad principal (calidad de la prótesis, complicaciones locales,...) y los factores independientes de la enfermedad (situación previa del pacientes, grado de independencia antes del ingreso, y presencia de cuidador principal). Estos datos son importantes, dado que parece ser que los pacientes que muestran una situación funcional buena, son independientes en las actividades básicas de la vida diaria antes del ingreso, y tienen buen soporte familiar, presentan más probabilidades de ser dados de alta a domicilio antes que aquéllos sin apoyo y dependientes antes del ingreso, para los cuáles habría que tener en cuenta las alianzas con centros de atención socio-sanitaria o de cuidados medios.

- Control de síntomas: dolor, sangrado, malestar físico.
- Estabilización de enfermedad crónica tras la intervención.
- Ganancia o recuperación funcional.
- Mortalidad.
- Ajustes del riesgo.
- Calidad de vida.
- Función fisiológica y física (actividades básicas de la vida diaria).
- Estado cognitivo.
- Estado emocional del paciente y el cuidador principal.
- Participación social del paciente y el cuidador principal.
- Relaciones sociales del paciente y el cuidador principal.
- Satisfacción con la atención recibida y el lugar o nivel asistencial, del paciente y el cuidador principal.
- Evaluación del cumplimiento de los Derechos que, según la Ley General de Sanidad, en su artículo 10, tienen todos los pacientes a:(28)
  1. Al respeto de la dignidad humana, personalidad e intimidad.
  2. A la información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
  3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y su estancia en el hospital.
  4. A ser advertido de si los procedimientos de diagnóstico, pronóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación que, en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso, será imprescindible previa autorización por escrito.
  5. A que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares, información completa y continuada, verbal y por escrito sobre su proceso.
  6. A la libre elección entre las opciones que le presente el médico responsable de su caso, siendo preciso el previo consentimiento por escrito del paciente, antes de cualquier intervención, salvo en las tres excepciones.
  7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre conocerá, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial.

8. A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud.
9. A negarse al tratamiento, salvo en las tres excepciones del apartado 6, debiendo acogerse al alta voluntaria.
10. A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias.
11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso, que será entregada al paciente o a un familiar en concepto de Informe de Alta.
12. A utilizar las vías de reclamación o de propuesta de sugerencias en los plazos previstos.
13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados según la Ley.
14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o reestablecer su salud, según los reglamentos de la Administración del Estado.
15. Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1,3,4,5,6,7,9,11 serán ejercidos también en el ámbito privado.

## JUSTIFICACIÓN DEL ANÁLISIS CUALITATIVO

En la década de los 90 se empieza a promocionar la Investigación Cualitativa(29) en el ámbito de la salud, revistas de prestigio del ámbito sanitario incluyen investigaciones cualitativas en sus publicaciones, los gobiernos se interesan por aspectos cualitativos, (por Ej. la satisfacción de los usuarios) y aumentan las demandas de los ciudadanos mas allá de lo cuantitativo.

Cuando la investigación se dirige a problemas de salud en su dimensión social o cultural (concepciones y representaciones, política, administración, instituciones, etc.), los modos de análisis basados en la estadística se quedan casi siempre estrechos, y comienza la búsqueda de instrumentos metodológicos más flexibles.(30)

Algunos epidemiólogos(31) apuntan que los métodos cualitativos pueden ayudar a entender mejor los procesos y realidades de los problemas actuales con los que se

enfrentan la salud pública y la medicina. Asimismo, la gestión sanitaria al no ser “problema de laboratorio”, requiere para su análisis y evaluación diseños innovadores, útiles y de fácil aplicación que permitan observar cómo se desarrollan estos fenómenos en su propio entorno, por lo que las ciencias sociales tendrán que ir tomando un mayor protagonismo en cuanto a la utilización de diseños de tipo naturalista para investigar en salud.

Algunos autores como Otero García L.(32), o Fancott C. Et al.(33), ya han utilizado la Metodología de Investigación Cualitativa con el objetivo de analizar las causas de prolongación o inadecuación de la estancia hospitalaria en el primer caso, o comprender en el segundo caso las características de la atención sanitaria en prótesis totales de cadera, evaluando estructura, proceso y resultados.

Teniendo en cuenta el fondo socio-económico del análisis realizado, en relación al consumo de recursos innecesarios y los elevados costes asociados, podemos destacar que la investigación cualitativa y el “profundo entendimiento de lo obvio”, ayudan a estudiar y explicar los factores económicos, sociales, culturales y políticos que influyen en el aumento de las estancias establecidas como estándar para el GRD 818.

Lo que mejor puede justificar el empleo de un método de investigación, es por tanto que la naturaleza de lo que se quiere averiguar aconseje dicho método.(34) En este sentido, el enfoque cualitativo es el método que mejores oportunidades ofrece para acceder a la comprensión y entendimiento del “proceso de vida” que los sujetos hayan podido experimentar respecto del fenómeno en el que han participado como protagonistas, en este caso, la atención socio-sanitaria prestada a los pacientes con implantación de prótesis de cadera.

La investigación cualitativa se caracteriza por estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que los sujetos implicados les conceden. Para ello, se sirve de aquéllos materiales empíricos (entrevistas, observaciones, textos, historias de vida, experiencias personales,...) que mejor describen las situaciones tanto rutinarias como problemáticas que nos interesa analizar. Además, el investigador se sitúa dentro del contexto donde se produce el fenómeno para así intentar entender mejor cómo experimentan los

protagonistas “su mundo”. Por tanto, la investigación cualitativa se va a fundamentar no en lo numérico sino en lo conceptual, tanto a nivel de la recogida de datos, como en el análisis y presentación de los mismos.

Tres son las principales finalidades del análisis cualitativo según expresan algunos autores:(30) la búsqueda del significado de los fenómenos a partir de los datos concretos, confirmar o rechazar hipótesis, y ampliar la comprensión de la realidad como una totalidad.

Las técnicas cualitativas permiten tener un profundo y rico entendimiento del fenómeno en estudio, que puede contribuir al desarrollo de hipótesis. La utilización de estas técnicas suele ser muy útil cuando existe una gran carga de significados, estereotipos y prejuicios asociados al objeto temático de estudio.(35)

Sofaer(35) reseña la capacidad extraordinaria de estas técnicas para capturar la relatividad frente a la "absoluta naturaleza de la verdad", siendo esenciales en la comprensión de la complejidad, el dinamismo y el "todo multi-dimensional". Asimismo, las técnicas cualitativas pueden ser utilizadas en la etapa inicial de un proyecto, para valorar las necesidades, evaluar la viabilidad de nuevos programas o descubrir lo que los clientes tienen en cuenta al tomar decisiones, junto a, durante el desarrollo del proyecto o tras la puesta en marcha del mismo, evaluar la marcha del programa, el producto o el servicio. El trabajo cualitativo puede, en definitiva, ser particularmente valioso en la creación de un cuadro detallado y comprensivo de la realidad estudiada.

Las técnicas de investigación cualitativa permiten a las personas hablar con su propia voz (expresarse libre y espontáneamente), y esta información proporciona datos que, en muchas ocasiones, son de difícil acceso para el investigador o, incluso, imposible de obtener por otras vías. Es decir, en vez de conformarse con las categorías y términos impuestos en un cuestionario estructurado en la investigación cuantitativa, constituyen una fuente de información de primera mano bien para el desarrollo de instrumentos de recogida de información o bien para identificar las dimensiones principales en un fenómeno dado.

## Técnicas de recogida de información en Investigación Cualitativa

Varias son las técnicas cualitativas utilizadas en la investigación científica, que van desde las más estructuradas a las menos: la entrevista estructurada, la técnica Delphi, la técnica de grupo Nominal, el estudio del caso, la entrevista semiestructurada, la técnica de grupo focal, la técnica de brainstorming, el grupo de discusión, la entrevista en profundidad, la historia de vida y la observación participante, entre otras.(31) Estas técnicas pueden ayudarnos en nuestros estudios a llegar a espacios y personas inaccesibles con otros métodos.

De todas ellas, las técnicas más utilizadas en el campo de la salud son la técnica Delphi, el grupo Nominal, la entrevista individual y el grupo Focal.(31)

*Justificación de la elección de la entrevista individual como técnica de recogida de datos.*

El análisis del discurso de los informantes, se muestra como el referente idóneo para estudiar las instituciones sociales y políticas, las organizaciones, relaciones de grupo, estructuras, procesos, rutinas y muchos otros fenómenos en sus manifestaciones más concretas.(30)

Las entrevistas son útiles a la hora de analizar el punto de vista de las personas implicadas en el proceso asistencial, tanto personal del hospital como pacientes y familiares, ya que ayudan a identificar puntos fuertes y débiles y áreas de mejora de la prestación sanitaria. Sirven para conocer cuáles son los elementos que el paciente valora, y contribuyen a incrementar la satisfacción.

Las entrevistas abiertas, también denominadas por algunos autores entrevistas en profundidad, son muy adecuadas(34) cuando lo que interesa realmente es recoger la visión subjetiva, personal, de los actores sociales, máxime cuando se desea explorar las posibles diversas perspectivas de los integrantes de un grupo. Es decir, cuando se busca la dispersión y heterogeneidad de puntos de vista personales más que el consenso o punto de vista común.



La entrevista en profundidad se define como “encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan sus propias palabras”.(36) Además, es flexible, dinámica, no directiva, no estructurada, no estandarizada y abierta.

Pueden diferenciarse tres tipos de entrevistas en profundidad: La historia de vida o autobiografía sociológica, las dirigidas al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente, y las que proporcionan un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas.

La elección del método de investigación debe estar determinado por los intereses de la misma, las circunstancias del escenario y las limitaciones prácticas que enfrenta el investigador. Por tanto, las entrevistas en profundidad están especialmente adecuadas en las siguientes situaciones: cuando los intereses de la investigación son relativamente claros y bien definidos, cuando los escenarios o personas no son accesibles de otro modo, cuando el investigador tiene limitaciones de tiempo, cuando la investigación depende de una amplia gama de escenarios o personas, o cuando el investigador quiere esclarecer una experiencia humana subjetiva.

En nuestro caso concreto, el objetivo de la investigación es que, desde el anonimato, cada informante hablara libremente de su experiencia personal, puesto que cada uno trabaja de una manera y sigue o no las normas impuestas por la institución y/o la ética profesional. Durante la entrevista, el investigador incita, ayuda, provoca,...al entrevistado, con el fin de que construya y entregue un discurso en donde exprese su forma de percibir, pensar, sentir y vivir aquello que nos interesa investigar. Buscamos acontecimientos que no se pueden observar directamente, así como un cuadro general del funcionamiento del servicio de traumatología, desde el punto de vista de las diferentes partes implicadas en el proceso asistencial de atención al paciente con implantación de prótesis de cadera.

Algunos investigadores utilizan una “guía de la entrevista” para asegurarse de que los temas claves sean explorados con un cierto número de informantes, pero no es un

protocolo estructurado puesto que puede ser ampliada o revisada a medida que se realizan las entrevistas.

En conclusión, la “entrevista en profundidad” es nuestro procedimiento de elección para la extracción de los datos que nos interesan (posibles causas de inadecuación de la estancia hospitalaria, y necesidades de mejora de la calidad asistencial recibida por pacientes con implantación de prótesis de cadera). Será por tanto una entrevista abierta y no estructurada, motivo por el cuál no es necesario validar un cuestionario de preguntas, aunque el investigador cuente con una guía para recordar los temas de mayor importancia que no deben quedarse en el olvido.

# METODOLOGÍA CUALITATIVA

Se trata de investigar, a través del discurso de los profesionales (traumatólogos, personal de enfermería del servicio de COT, y pacientes), cuáles son las causas que originan las estancias inadecuadas o el alargamiento de las mismas por encima de la Norma del SNS y de las estancias ideales publicadas en la evidencia científica revisada para el GRD 818. Es por ello que la investigación seguirá en este punto una línea cualitativa, coherente con la naturaleza de los objetivos planteados.

## METODOLOGÍA A SEGUIR

1. *Captación de los sujetos a entrevistar.* Para ello, partimos de que en el momento de diseñar el proyecto, estaba trabajando como fisioterapeuta en el Hospital Privado en el cuál se realiza el estudio. Por tanto, primero me dirigí al Jefe del Servicio de Rehabilitación, con el objetivo de que me diera su opinión sobre el estudio, y en el caso de ser positiva, me pusiera en contacto con la persona indicada dentro del equipo de la Dirección Médica de la Clínica. Así fue, por lo que al día siguiente me recibió el Subdirector Médico y Director del Área de Calidad.

Una vez aprobado el proyecto de investigación por el equipo directivo del Hospital, se envió una carta desde la Dirección Médica a todos los profesionales del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología que respondían a los perfiles diseñados para la investigación, invitándoles a participar en la misma.

Entre las personas que manifestaron su deseo de colaborar se hizo una selección de forma aleatoria procurando que en todas las categorías profesionales hubiera representantes, y que los participantes contaran con un mínimo de dos años de experiencia en el servicio de Traumatología del Hospital en cuestión, para asegurarnos la calidad de la información que recogeremos en las entrevistas. En la medida en que el discurso social esté o no saturado, el número de entrevistas se modificará.

En general, los profesionales seleccionados son fáciles de captar, e inicialmente todos se prestan a ser entrevistados. Da la sensación de que todos los profesionales, y especialmente el personal de enfermería, se implica firmemente en el proyecto, viendo en él una posibilidad cercana y real de comunicar sus opiniones libremente, y sobre todo, una vía abierta hacia el cambio para la mejora de la calidad. Por ese motivo, ellos mismos se pusieron de acuerdo en los horarios para dejar cubiertos los puestos de trabajo, y poder turnarse para hacer las entrevistas individualmente, de modo que se hicieron seguidas en el tiempo, y de forma totalmente voluntaria y organizada.

El primer contacto y convocatoria con el personal de enfermería se puede interpretar de la siguiente manera, tras analizar el significado/sentido de la conducta de los sujetos: no hay ninguna resistencia a hablar de lo que se les sugiere, aunque uno de ellos, seguramente por su carácter, dice lo que piensa y la realidad de lo que ocurre, pero intenta buscar justificaciones para suavizar el contexto. En cambio, con la supervisora y la coordinadora del personal de enfermería del Servicio de COT se observa una actitud positiva en cuanto a colaboración, pero distante y controlada a la hora de hablar. En ambos casos se muestran nerviosas, y como con prisa, evitando preguntas directas y esquivando otras, contestando rápido y de forma general. Parten de la base que ellas no van a poder aportar mucho, porque no hacen actividad asistencial. Da la sensación de que creen que se está juzgando su trabajo.

Por otro lado, el primer contacto y convocatoria de los cirujanos se puede interpretar de la siguiente manera, tras analizar el significado/sentido de la conducta de los sujetos: todos están dispuestos a colaborar desde el primer momento. Me dirigí en un primer momento al Jefe del Equipo, para informarle del contenido del estudio y pedirle la colaboración en el mismo, y él personalmente se encargó de organizar a todos los traumatólogos una mañana a primera hora, antes de comenzar con las cirugías, para hacer las entrevistas en su despacho una tras otra, y que no tuviera que ir varios días. Sólo en uno de los casos, y que he de decir que me sorprendió porque pensé que iba a ser uno de los informantes de los que obtendría un discurso más completo y rico, se mostró

nervioso, con prisa al contestar. Me decía que ya me habrían dicho el resto de compañeros lo que sucedía, y que para él todo era estupendo y funcionaba bien, únicamente había un pequeño problema con algunos pacientes con problemática social, pero del resto nada. Daba la sensación, como con las coordinadoras de enfermería, que pensaba que estaba juzgando su trabajo.

En todo momento la convocatoria se hizo teniendo en cuenta el marco existencial de los profesionales: horarios, obligaciones disponibilidad,...quedando la investigadora y entrevistadora a disposición de los sujetos entrevistados.

2. *Naturaleza y número de los escenarios e informantes.* En el Hospital hay un Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología general, y un Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, con una única fisioterapeuta en la planta de hospitalización, coordinada por el Médico Rehabilitador de otro centro. Los escenarios elegidos para la realización de las entrevistas al personal de enfermería, ha sido el Servicio de Rehabilitación para las enfermeras, y el despacho de enfermería para la supervisora y la coordinadora.

3. *Recogida de datos.*

- Elaboración de un guión de temas: se realiza un listado de campos temáticos (según variables), con preguntas específicas por tema para asegurarse de que los temas clave sean explorados. De ello resultará la Guía para la Entrevista.
- Elección del tiempo y el lugar más apropiado para la realización de la entrevista, la cuál requiere ser realizada en un clima de confianza que favorezca la comunicación. En este sentido, debe acordarse previamente el lugar el día y la hora de la entrevista. Antes de iniciar la misma, el entrevistador deberá acreditarse y explicar el objetivo y los motivos de la entrevista, así como sus líneas generales y el desarrollo de la misma. La secuencia del procedimiento en los momentos iniciales debe ser básicamente como sigue: el entrevistador se identifica personalmente y la empresa para la que trabaja; explica la naturaleza y los objetivos de la

investigación; trata el tema de la confidencialidad o no-información., el anonimato y el uso que va a hacerse de ella.

- El desarrollo de la entrevista. Son entrevistas abiertas, semiestructuradas, en las que yo como entrevistadora sigo una “guía de entrevista” previamente diseñada, que tras la escucha activa dentro del espacio/tiempo de cada entrevista, se va rediseñando, pues al tomar contacto empírico con el campo, se comprende que los objetivos no están suficientemente bien definidos, así como que surgen otros nuevos.

Con cada informante enfermero estuve reunida en un despacho que nos facilitaron en el Servicio de Rehabilitación alrededor de 30-45 minutos. Con los traumatólogos, como ya se ha adelantado, la entrevista se desarrolló en su propio despacho. En un primer momento, se toma contacto con el profesional, explicándole brevemente en qué consiste el proyecto y cuáles son los objetivos de las entrevistas, así como que éstas serán completamente anónimas para la Dirección del Hospital, quien ni siquiera conocerá los participantes reales del estudio. Hay que tener en cuenta que a lo largo de mis tres años de desarrollo profesional en el centro, he tenido muy buena relación tanto con el personal médico como de enfermería, por lo que creo es un punto a favor en el depósito de confianza que hacen en mí a la hora de desarrollar la entrevista. Así mismo, esta experiencia y mi propia forma de ver y analizar la actividad asistencial en el día a día han quedado fuera de toda posible influencia en el desarrollo de las entrevistas.

De los 30-45 minutos que dura la reunión, se dejaron aproximadamente 5 para recibimientos y tomas de contacto, unos 20-25 aproximadamente para la entrevista, y el resto para algún comentario final y la despedida, en la que sorprendentemente todos y cada uno de ellos, especialmente enfermeros y fisioterapeuta, expresan su deseo de que el trabajo sirva para algo y se cambie la forma de trabajar en el Servicio.

- Registro de la entrevista: se utilizará la grabación del discurso del entrevistado, y en una libreta de campo se irán anotando: sugerencias, expresiones, gestos, golpes de vista, preguntas ampliativas, etc., es decir, todo aquello que permita comprender el significado de lo que se dice, y recabar información sobre el contexto en el que se desarrollan las entrevistas.

#### 4. Consideraciones al comenzar el análisis/interpretación del discurso.

- Los datos no son información. Los datos son objetivos, como realidad de primer orden; y la información, subjetiva, como realidad de segundo orden.
- Cada conjunto de datos permite múltiples elaboraciones y, por tanto, puede constituirse en informaciones diversas, en muchos casos complementarias.
- La información se construye mediante la asignación de significado/sentido, que se da desde la subjetividad del investigador a los datos objeto de análisis o interpretación.
- UNIDADES DE ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN: al abordar el análisis semiológico de un discurso, debemos considerar como unidades de análisis diversas posibilidades. En primer lugar, y como unidad preferente, la *frase* (conjunto de significantes/palabras que consiguen expresar una idea), también puede ser un *conjunto de frases encadenadas*, o el *discurso* en su conjunto, y a veces incluso un *significante* por sí sólo.
- SIGNIFICACIÓN Y SENTIDO: en el análisis/interpretación de un discurso, tratamos de encontrar la diversidad de puntos de vista expresados, así como la significación y sentido que ellos pueden tener para el actor social que los enunció. Muchos de los significados podemos encontrarlos en los significantes o frases concretas que son

suficientemente expresivos, pero otros nos obligarán a mirar/entender “por encima de los árboles” que representan esos significantes/frases.

Captar el sentido nos obliga a ir más allá del intratexto, pues cada significativo o frase motivo de análisis tiene sentido en función del contexto. Para ello, tenemos que tener en cuenta las anotaciones recogidas en el diario de campo durante las entrevistas y la observación directa.

5. *Metodología de análisis e interpretación de textos y discursos del personal entrevistado:*

- El análisis del discurso seguirá el modelo de examen sistemático del texto, identificando y clasificando los temas de interés.
- *Transcripción* completa de todas las entrevistas en un plazo de tiempo corto, para evitar olvidar datos importantes para el análisis.
- *Lectura panorámica del discurso:* Se leyó el discurso de los informantes repetidas veces, con el objetivo de obtener una primera impresión/aproximación al significado y contexto del discurso.
- *Selección de dichos más significativos:* en una lectura posterior más focalizada, y en función de los objetivos específicos planteados en el diseño inicial del proyecto de investigación, se seleccionaron tanto los “significantes” como las “frases significativas” que informaban de cada uno de dichos objetivos.
- *Comienzo del análisis/interpretación:* se reconstruyó el significado y sentido que expresan los informantes con sus dichos, anotando el mismo al margen del discurso transcrito.
- *Elaboración de listados de anotaciones:* se hizo una primera lista de anotaciones, identificando cada una de ellas con el código de la entrevista, la página, el párrafo donde aparece el dicho, el objetivo sobre



el que se informa, el dicho seleccionado, y la significación o significado asignado por la investigadora.

- *Agrupación de notas por objetivos*: en un siguiente paso, las notas de análisis relacionadas se organizaron/agruparon estructurando bloques informativos, por objetivos.
- *Identificación de categorías de análisis*: manteniendo el código de página, se agruparon para cada categoría de análisis todos los dichos y sus correspondientes notas de análisis. Elaboración de un guión de temas (categorías) a las que se asigna un código: nombre del tema o categoría de análisis; descripción de la información que se incluye en ese tema; código que se va a utilizar para cada tema.

En el proceso de identificación de categorías de análisis se distinguen tres niveles bien diferenciados:

- a) 1º Nivel: Agrupa por un lado las categorías de análisis inicialmente diseñadas en función de los objetivos específicos, y por otro las categorías emergentes que surgen tras las primeras entrevistas, y la lectura del discurso.
- b) 2º Nivel: Para realizar el análisis de los datos contenidos en el Diario de Campo (entrevistas y observaciones de campo), fue necesario agrupar las categorías de análisis resultantes del primer nivel en unidades de significado más amplias o metacategorías, también denominadas por algunos autores como “núcleos temáticos”. Esta agrupación surge de la comparación entre las categorías y el hallazgo de similitudes y afinidades entre ellas.
- c) 3º Nivel: Del conjunto de metacategorías surgen los vectores cualitativos emergentes, o dominios teóricos, desde los que se explicarán los resultados obtenidos del análisis de las metacategorías o núcleos temáticos, así como se sacarán las conclusiones definitivas de la Investigación. Sobre dichos vectores cualitativos se desarrollarán los capítulos de resultado,

uno por cada uno de los dominios, y otro más de discusión global.

- ❖ Elaboración de categorías de análisis, y posterior agrupación en metacategorías.

<p>CATEGORÍAS INICIALES DE ANÁLISIS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Calidad de la asistencia prestada</li> <li>2) Coordinación del equipo asistencial</li> <li>3) Existencia, seguimiento y evaluación de protocolos</li> <li>4) Eficacia en la petición de pruebas diagnósticas</li> <li>5) Planificación temporal del alta hospitalaria</li> <li>6) Pacientes con problemas sociales. Red de servicios sociosanitarios, y asistencia domiciliaria.</li> </ol>
<p>CATEGORÍAS EMERGENTES ENTREVISTAS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7) Organización general del servicio de COT</li> <li>8) Los traumas no escriben incidencias ni leen incidencias de enfermería</li> <li>9) Los traumas no ven las heridas</li> <li>10) Los traumas confían en la actividad enfermera, y muchas veces ni les preguntan por la evolución de un paciente y la aparición o no de alguna incidencia</li> <li>11) Si falta un médico un día, sus pacientes se quedan sin ver</li> <li>12) Diferencias con traumas externos</li> <li>13) Implicación en el problema de la Dirección Médica de la Clínica</li> <li>14) Estancias preoperatorias</li> <li>15) Consideraciones acerca de la estancia media</li> <li>16) Conclusiones y/o aportaciones</li> <li>17) Necesidad de incluir un geriatra en el equipo médico</li> <li>18) Necesidad de realizar un seguimiento al alta del paciente</li> </ol>

	<p>19) Se necesitan alianzas con centros de descarga</p> <p>20) Necesidad de incorporar en el hospital la figura del asistente social</p> <p>21) Diferencias entre público y privado en la atención a pacientes operados de cadera</p> <p>22) Costes y recursos</p> <p>23) Formación del personal de enfermería y auxiliar</p> <p>24) El aumento de la estancia media conlleva aumento de complicaciones</p> <p>25) Aumenta el nivel de demanda y exigencia de los pacientes</p> <p>26) Adecuación del programa de rehabilitación</p> <p>27) Burnout enfermero con la gestión, sentimiento de rabia, impotencia por las cosas mal hechas, y que no pueden cambiar</p> <p>28) Los resultados en prótesis de rodilla son buenos, en cuanto a estancias</p> <p>29) No se forma a la gente nueva, lo que conlleva aumento de complicaciones como luxaciones</p> <p>30) Las enfermeras nuevas, recién tituladas, no se involucran tanto ni tienen ganas de aprender</p> <p>31) Mala organización por turnos de enfermería, descompensación en carga de trabajo</p> <p>32) Evolución a peor en la asistencia prestada</p> <p>33) El alta hospitalaria se retrasa por problemas sociales, cuando el paciente tendría el alta clínica.</p> <p>34) Las estancias medias alargadas aumentan la carga de trabajo para enfermería</p>
--	---

	<p>35) Poca implicación del trauma en la evolución del paciente</p> <p>36) Aumento de carga de trabajo de enfermería por la mala organización del servicio</p> <p>37) Número de cirugías por médico y tipo de cirugía</p> <p>38) Gestión de camas y clasificación de pacientes</p> <p>39) Pase de visita médica</p>
<p>CATEGORÍAS EMERGENTES EN LAS ENTREVISTAS A LOS TRAUMATÓLOGOS</p>	<p>40) Paciente tipo: muy mayor y pluripatológico. Requiere atención multidisciplinar.</p> <p>41) Lista de espera.</p> <p>42) Variabilidad clínica.</p> <p>43) Diferencias entre prótesis de cadera total y parcial.</p> <p>44) Valoración funcional previa del paciente.</p> <p>45) El aumento de la estancia media por problemas sociales aumenta la carga de trabajo de los traumatólogos</p>

❖ Identificación de dominios cualitativos.

1. Calidad asistencial. Dentro de la calidad de la asistencia prestada a los pacientes sometidos a artroplastia total y parcial de cadera vamos a englobar varios de los ítems evaluados: valoración de la calidad por el personal médico y de enfermería, coordinación del equipo asistencial, seguimiento de protocolos, factores que influyen en la prolongación de las estancias.
  2. Gestión de la Dirección Médica y del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gestión de formación continua especializada.
  3. Gestión de pacientes con problemática social. Problemas asociados al aumento de la estancia media.
- Se busca el grado de consenso alcanzado entre las opiniones de los participantes, opiniones aisladas, consensuadas, mayoritarias, discordantes.
  - La saturación de la información garantiza la fiabilidad de la técnicas utilizada y la validez de los hallazgos.
  - El investigador realizará un proceso de reflexión crítica sobre su posición respecto a la inadecuación de estancia hospitalaria para el GRD 818, a fin y efecto de controlar la influencia de su propia subjetividad en el análisis de los datos.
  - Para finalizar, realizaremos un contraste entre la realidad y la opinión. De los resultados obtenidos, se implantará un programa de mejora continua de la calidad asistencial.

## INDICADORES ORGANIZATIVOS

**OBJETIVO DEL ESTUDIO:** análisis y evaluación de los indicadores organizativos según el personal del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

**POBLACIÓN:** traumatólogos, personal de enfermería del servicio de COT (enfermeras, supervisoras y coordinadoras), y personal de la Gerencia del Hospital.

**MUESTREO:** Al ser un estudio poblacional en el que se ha utilizado toda la población disponible, no es posible el muestreo.

**TÉCNICAS:** Dado el objeto de la investigación, y para dar un suficiente grado de libertad al personal que participe en la misma, se va a llevar a cabo un sistema de entrevistas abiertas individuales, dirigidas por una persona ajena al servicio, la cuál seguirá un guión para dirigir la entrevista, pero nunca para limitarlo, e intentará que los entrevistados, principalmente traumatólogos y personal de Gerencia, transmitan ideas para el cambio, es decir, posibles soluciones. El contenido de la entrevista será de carácter anónimo, aunque se requiere de su grabación para poder realizar la transcripción del contenido y posteriormente un análisis cualitativo del mismo.

## INDICADORES DE RESULTADOS O SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

### *JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.*

El concepto de satisfacción del paciente ha evolucionado con el tiempo, desde la actitud paternalista en la que el médico determinaba lo que era mejor para su paciente, hasta la tercera revolución asistencial, centrada en la gestión clínica, y en la que el paciente es partícipe de la toma de decisiones teniendo en cuenta sus preferencias y prioridades.

La satisfacción del paciente es un concepto complejo que incorpora dimensiones cognitivas, sociodemográficas, afectivas, etc., y ha intentado ser explicado según diversas teorías psicosociológicas.(3)

1. **Teoría de la Desconfirmación** (comparaciones intrapacientes): la satisfacción es resultado de la diferencia entre las expectativas (esperanza de conseguir) que poseía el paciente de la asistencia sanitaria, y las percepciones de la experiencia una vez recibida.
2. **Teoría de la Equidad** (comparación entre pacientes): la satisfacción depende del resultado de comparar cómo se ha producido el proceso asistencial con unos estándares personales equitativos que le relacionan con otros pacientes.
3. **Teoría de las Atribuciones: Gap Analysis** (comparaciones paciente-proveedor): Sirve fundamentalmente para analizar la causa de insatisfacción, la diferencia entre las expectativas de los pacientes y los servicios finalmente prestados.

Donabedian (1) entiende la satisfacción del paciente como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de calidad de los servicios de salud. Hoy en día, la entendemos no sólo como una medida de garantía de calidad, sino también como un resultado puntual de la asistencia prestada por un profesional. Su importancia deriva del hecho de ser una percepción de carácter personal y subjetivo, que comprende por un lado, la expectativa del servicio, es decir, la satisfacción esperada del futuro consumidor, y por otro, la percepción final del servicio sanitario, concepto que procede de la calidad percibida del servicio.

Para que los clientes se formen una opinión positiva, la organización debe satisfacer sus necesidades y expectativas, que es lo que se conoce como “calidad del servicio”.

En nuestro país los estudios de satisfacción comienzan en los años 80: el INSALUD en 1985, la Consejería de Salud de Andalucía (Rodríguez, 1985) y la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (SNS). Los métodos que se utilizan son encuestas de opinión, sugerencias recogidas en buzones y reclamaciones de pacientes o familiares que son posteriormente incorporadas como medidas de control de la calidad de los centros. Estos métodos son realizados tanto en el medio hospitalario como extrahospitalario.(1)

En Andalucía, desde 1993 se utiliza una encuesta autoadministrada que explora tres dimensiones: trato, información y hostelería.(1)



En todos estos estudios, la metodología utilizada era siempre metodología cuantitativa, de la misma manera que otros análisis realizados en hospitales españoles, como los de Hulka et al., que miden tres dimensiones: competencia profesional, condiciones personales y coste/comodidad. Ware y Hays, Wolf et al., evalúan ocho: actuación interpersonal, calidad técnica, accesibilidad/comodidad, financiación, eficacia/resultados, continuidad, entorno físico y disponibilidad.(1)

En 1988, Parasuraman, Berry y Zeithmal desarrollan un instrumento denominado SERVQUAL(37) que demostró mayor validez de construcción, validez discriminante, facilidad de uso y fiabilidad. Ha sido adaptado específicamente para los servicios sanitarios, y está ampliamente extendido en el sector salud. En España, numerosos estudios de satisfacción de usuarios y de calidad percibida lo utilizan como soporte teórico y como base instrumental.

EL SERVQUAL incluye 8 dimensiones a través de las cuales se analiza cómo percibe un usuario la calidad del servicio que recibe:(37)

- *Accesibilidad*: Facilidad para establecer contacto físico o telefónico con el centro de salud o los profesionales. Tiempos de espera. Horarios.
- *Comunicación*: Pedir opinión al paciente y cuidador, hacerles partícipes de los cuidados, escucha, interés por el problema del paciente y del cuidador, interés por hacerse entender, sentirse comprendido.
- *Cortesía*: Amabilidad, consideración hacia el paciente y su familia.
- *Competencia profesional*: conocimientos y habilidades de los profesionales, estar bien preparados y bien coordinados.
- *Capacidad de respuesta*: capacidad de responder a tiempo y con diligencia, adaptación flexible a las demandas.
- *Seguridad*: Percepción de confianza en el personal de enfermería (percepción que tiene el cuidador sobre sí al estar en contacto con la enfermera, aumenta o disminuye la seguridad física de su enfermo).
- *Tangibilidad*: percepción sobre los recursos materiales que se disponen para el cuidado del enfermo, equipos y tecnologías que llevan los enfermeros para el cuidado en el domicilio, imagen externa de los profesionales.

- *Fiabilidad*: Cumplimiento de lo que se promete. Exactitud, realizar las cosas bien y a la primera, no cometer errores.

Ahora bien, existe una relación compleja entre expectativas y satisfacción, teniendo en cuenta que las expectativas pertenecen al terreno de lo cognitivo y van a ir variando a lo largo del proceso asistencial, mientras que las satisfacciones están en el terreno afectivo. Además, las expectativas se sitúan en el contexto sociocultural al que pertenece el ciudadano, a sus valores y a su representación simbólica. Por ello, Thompson y Suñol (1995), y March et al. (1998)(1) entre otros autores, recogen la necesidad de realizar un estudio interpretativo en profundidad de la cuestión con metodología cualitativa, algo que va a permitir llegar más allá, donde otras técnicas no llegan.

Todos los estudios(1) que intentan estimar la satisfacción del paciente se han centrado en diferentes aspectos de la prestación del cuidado de la salud, pero pocos se han centrado en la medición de la satisfacción con los proveedores particulares. Sólo algunos estudios se han centrado en los profesionales médicos y muy pocos han tenido como objetivo principal la valoración de las percepciones de los pacientes con respecto a los cuidados dados por los profesionales de la enfermería.

Desde el punto de vista de las expectativas y necesidades de los ciudadanos, la enfermería ha de ofrecer, como cualquier otra profesión, respuestas adecuadas a las necesidades de los pacientes. Se ha demostrado a lo largo de la historia de la sanidad y, especialmente en el periodo reciente de los últimos cincuenta años, que la aportación de la enfermería a los servicios de salud es especialmente relevante para su eficacia.(1) En el proceso asistencial del paciente, la enfermería está presente de forma directiva, y de la satisfacción del paciente con sus cuidados va a depender en gran medida, la satisfacción con la totalidad del proceso.

De la siguiente cita del profesor Avedis Donabedian(1) *la efectividad del cuidado...en lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los miembros individuales de una sociedad o subcultura particular, es el valor último de la calidad del cuidado*” (Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quart 1996,44, 166-202) podemos concluir que el paciente

es un componente esencial en la valoración del servicio prestado, y como tal, si los pacientes están insatisfechos, el cuidado estará lejos de ser el ideal, al margen de cuan alta pueda ser la calidad según criterio clínico u otro ajeno al consumidor.

Dado que la calidad percibida por el usuario y su satisfacción están basadas en preferencias subjetivas o expectativas que no necesariamente se relacionan con la calidad objetiva de la asistencia sanitaria, consideramos el abordaje cualitativo como el más idóneo para estudiar estos aspectos. Además, esta metodología permite la participación de los usuarios en la evaluación y mejora de los servicios.(37)

**OBJETIVO DEL ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE:** analizar los resultados de la práctica clínica y de la calidad asistencial en función de la satisfacción del paciente y de su situación clínica y funcional, desde el punto de vista del propio paciente y de sus familiares o cuidador principal.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir cómo perciben los usuarios la calidad de los cuidados médicos y de enfermería.
- Conocer el grado de satisfacción de los usuarios y cuidadores principales con respecto a los cuidados de enfermería.
- Analizar las causas de insatisfacción con el fin de proponer áreas de mejora.

**POBLACIÓN:** pacientes operados en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital seleccionado, que permanezcan ingresados al menos durante una semana (período superior a la estancia ideal de 8 días).

**MUESTREO:** Al ser una investigación cualitativa, no se hace un muestreo estadístico, ya que a priori no se puede calcular el tamaño muestral.

**TÉCNICAS:** La unidad de análisis se centra en la percepción de los pacientes y cuidadores respecto a los cuidados médicos y enfermeros. En función de los objetivos planteados, se va a llevar a cabo una Investigación Cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas a los pacientes y/o familiares.

En nuestra investigación constituirá un medio más para llegar a la obtención de la información necesaria con la utilización de informantes claves y nos permitirá, en el análisis de los datos, la triangulación metodológica como medio de validar los hallazgos.

El estudio se llevará a cabo realizando una entrevista en el hospital con el objetivo de establecer el nivel funcional previo del paciente, así como las condiciones familiares y las posibilidades de volver a casa debido a la existencia o no de barreras arquitectónicas. También se valorará el nivel deseado de satisfacción y el mínimo aceptable, y las percepciones sobre el servicio recibido. El estudio se realizará previa entrega de la hoja de información al paciente del objetivo del estudio y del consentimiento informado, firmados ambos por el paciente antes de ser incluido en el estudio (ver Anexos III y IV).

# METODOLOGÍA CUANTITATIVA

A pesar de la evidencia científica aportada por otros estudios publicados, se ha creído conveniente la realización de un estudio descriptivo previo para justificar la existencia de una inadecuación de estancia hospitalaria en la patología que nos compete, y en consecuencia, un consumo innecesario de recursos y un aumento de los costes.

Se trata de un estudio epidemiológico observacional transversal, llevado a cabo con el objetivo de analizar las frecuencias y distribuciones de las características estudiadas, de forma que podamos explicar el patrón de comportamiento del evento epidemiológico objeto de nuestro estudio. Finalmente, podremos plantear una hipótesis con miras a aclarar mecanismos causales, planteando las bases para la investigación cualitativa.

El estudio se realizó en un hospital privado de Madrid, en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Se incluyeron la totalidad (N=70) de los pacientes operados durante el año 2008.

Los datos se han recogido de las Historias Clínicas de los pacientes con patología tributaria de tratamiento mediante artroplastia total o parcial de cadera, de las que se han utilizado los siguientes documentos: informe de alta, hojas de evolución, hojas de enfermería, informe de urgencias, informe de partes interconsulta, pruebas diagnósticas y terapéuticas. Se extrajeron datos relativos al proceso asistencial, susceptibles de influir en la prolongación de la estancia media hospitalaria de dichos pacientes, en función de la relevancia de los mismos detectada en la revisión bibliográfica realizada a tal efecto.

Las variables que se midieron fueron:

- Datos sociodemográficos: Edad, sexo, tipo de póliza, enfermedad que presentaban, tipo de cirugía realizada, tipo de ingreso hospitalario (urgente o programado), deterioro cognitivo, traslado al alta.
- Datos relativos al proceso asistencial: fecha de ingreso, fecha de cirugía, fecha de alta, estancia total, registro de PICs, retraso en cursar PICs a Rehabilitación,

existencia de tratamiento rehabilitador , existencia de complicaciones, , existencia del informe de alta y factura de la estancia hospitalaria.

La extracción de datos se realizó en los meses de Junio y Julio de 2009 por parte de la Investigadora encargada del estudio, después de recibir autorización por parte del Director Médico y del Área de Calidad del hospital en cuestión.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS® para Windows versión 17.0. Para las variables cualitativas se calcularon distribuciones de frecuencias y porcentajes, y para su análisis bivariante o multivariante se elaboraron tablas de contingencia.

Para el análisis de las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación estándar.

Se analizaron de forma exhaustiva aquellas historias clínicas con estancias medias superiores a la estándar asumida por la Dirección Médica (8 días de EM) para el GRD 818, estudiando las posibles causas de inadecuación.

Los datos de costes por paciente se han obtenido del sistema de contabilidad del hospital. Se precisarían datos tales como: coste total de la estancia, coste medio de la estancia media, desglose del coste total en función del peso de la estancia y del peso de quirófano y del resto de recursos.

A continuación, se detalla la relación de variables a recoger en el análisis de las historias clínicas:

#### 1. VARIABLES CUANTITATIVAS.

- Factura (euros).
- Edad (años).
- Fechas de ingreso, cirugía y alta hospitalaria.
- Estancia total (días).
- Total de partes interconsulta cursados por paciente.
- Total de PIC enviados a Medicina Interna por paciente.

- Días de retraso en cursar PIC a rehabilitación (se asume según protocolos que debe solicitarse el día de la cirugía).
- Días de retraso en comenzar la rehabilitación tras cursar el PIC.

## 2. VARIABLES CUALITATIVAS.

- Número de historia.
- Traumatólogo (0=hospital, 1=externo, 2=Jefe Servicio, 3=Otros).
- Sexo (0=mujer, 1=hombre).
- Tipo de póliza (0=directa, 1=colectivo profesional, 2=privado).
- Fractura de cadera (0=si/1=no).
- Caída del paciente, causa de la fractura (0=si/1=no).
- Diagnóstico de coxartrosis (0=si/1=no).
- Diagnóstico de necrosis de la cabeza femoral (0=si/1=no).
- Tipo de prótesis (PPC) (0=si/1=no).
- Tipo de cirugía (Urgente) (0=si/1=no).
- PIC a Medicina Interna (0=si/1=no).
- PIC a Rehabilitación (0=si/1=no).
- Informe de alta: Instrucciones, normas posturales, fecha de revisiones y curas, prescripción de rehabilitación domiciliaria (0=si/1=no).
- Aparición de complicaciones (0=si/1=no).
- Registro de complicaciones (0=si/1=no): Micción tardía, trombosis venosa profunda, edema de MMII, infección de tránsito urinario, infección de herida quirúrgica, transfusión sanguínea, vía central, flebitis, úlcera por presión.
- Tratamiento rehabilitador durante la estancia hospitalaria (0=si/1=no).
- Lugar de traslado al alta (domicilio, residencia de procedencia, centro concertado, éxitus), (0=si/1=no).
- Deterioro cognitivo (0=si/1=no).

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUALITATIVO

# ANÁLISIS DE METACATEGORÍAS EN ENFERMERÍA

Durante el análisis del discurso, en la descripción de las metacategorías, aparecerán entrecomilladas las frases más características de los informantes.

**METACATEGORÍA A:** Valoración de la calidad asistencial prestada a los pacientes.

La mayoría de los informantes opinan que la calidad de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes operados de prótesis de cadera es deficiente y desde luego mejorable, aunque no quiere decir por ello que el paciente esté desatendido.

*“la calidad a veces deficiente”, “Y en cuanto a la calidad, bastante mala”, “Yo creo que no está mal pero se podría mejorar”, “la calidad de los cuidados no es muy aceptable”\**

Están de acuerdo en que “fallan los tiempos”, es decir, las cosas se hacen pero a destiempo, por lo que pueden aparecer complicaciones (por ejemplo, el no retirar una sonda urinaria cuando corresponde puede ocasionar pérdida de tono vesical, o infección urinaria, por lo que se tendría que cursar un parte interconsulta a Medicina Interna, alargando los días de estancia hospitalaria).

*“lo que pasa que a lo mejor no se hace en el momento en que se debería de hacer.”\**

Únicamente en uno de los casos, en los que ya se ha advertido que el entrevistado se había mostrado esquivo a ciertas preguntas, la opinión es que la calidad asistencial es mala, pero únicamente debido al tipo de paciente que ingresa en la clínica, que es mayor y pluripatológico (y que en cambio, como hemos definido en los antecedentes, es el prototipo de paciente al que se le implanta una prótesis de cadera).

---

\* Texto del discurso de varios participantes del personal de enfermería entrevistado.



Destacan que ocurre lo mismo en todas las cirugías, no sólo en las prótesis de cadera. En cambio, también comentan que en las prótesis de rodilla la evolución es muy buena, y no suelen detectarse incidencias.

Los motivos que destacan los informantes que son causa de una calidad asistencial deficiente son los siguientes:

- La carga de trabajo del personal de enfermería. Si hubiera más personal sanitario, se atendería mejor al paciente, practicándole los cambios posturales cada dos horas como está recomendado para evitar las úlceras por presión, así como un cambio de pañales continuo para evitar infecciones urinarias. Según la opinión de los informantes, que ocurra esto es una incoherencia, ya que si desde la Dirección Médica se decide ahorrar gastos contratando menos personal, y esto deriva en un déficit de atención a los pacientes y, por tanto, en un más que probable aumento de complicaciones, al final el paciente está más días ingresado, y ocasiona muchos más costes al Hospital. En definitiva, con una dedicación más exhaustiva, el paciente mejoraría antes y se iría antes de alta.
- El personal de enfermería se queja de la atención al paciente por parte de los Traumatólogos. En su opinión, la calidad de la asistencia mejoraría con sólo dedicarles cinco minutos a los pacientes, pedirles una analítica e interpretarla, con el objetivo de detectar a tiempo posibles incidencias tales como anemias, infecciones,...
- El no tener un equipo de enfermería fijo en la planta de COT afecta a la calidad asistencial prestada a los pacientes, porque no siempre se escribe todo lo que se hace, ni los profesionales hacen las cosas del mismo modo, por lo que finalmente el afectado es el paciente. Si el mismo personal llevara a un paciente desde el día de su ingreso hasta el día del alta hospitalaria, se evitarían incidencias, seguramente porque se podrían detectar a tiempo al ser una misma persona la que siga la evolución del enfermo.
- El no tener un horario estipulado de pase de visita médica, y que no se haga de forma conjunta entre médico y enfermera, ocasiona un déficit de atención al paciente en la medida en que el traumatólogo no se entera de las incidencias

ocurridas a lo largo del día con cada paciente, si no ve ni habla con la enfermera correspondiente.

En definitiva, todas estas particularidades que conllevan un aumento de incidencias y de complicaciones, llevan asociado también un aumento de la estancia media hospitalaria, que a su vez está comprobado científicamente que se relaciona con un mayor número de complicaciones, y no concretamente relacionadas con la cirugía de prótesis de cadera, sino con el estado general del paciente.

Según los informantes, además de lo descrito en el punto anterior, hay otra causa que conduce a un aumento de la estancia hospitalaria, como la falta de plazas/camas en hospitales concertados de cuidados crónicos o de larga estancia. El traslado a estos centros de pacientes con problemas sociales que no tienen medios económicos para irse a una residencia privada, ni medios físicos ni humanos para volver a casa, va muy lento.

El personal de enfermería está de acuerdo en que el aumento de la estancia media por encima de los estándares supone:

- Que el paciente sufra tanto un deterioro físico, debido a la atrofia muscular producida por el encamamiento, como psíquico (desorientación, alteración del ánimo). En cambio, el hecho de volver al domicilio y retomar las actividades diarias les incentiva más a la hora de hacer ejercicios y moverse para recuperarse.
- Que el paciente se complique clínicamente con infecciones urinarias, respiratoria, es decir, infecciones nosocomiales.
- Que se mantenga un paciente con una alimentación vía venosa más tiempo del necesario, lo que aumenta las posibilidades de infección, así como los costes asociados a ese paciente.
- Que algunas estancias prolongadas acaben “apagando” la vida del paciente, y terminen con su defunción.

La situación descrita hasta ahora provoca en el personal de enfermería de la clínica un sentimiento de “impotencia” por no poder hacer nada para cambiarlo, y de añoranza, porque piensan que la asistencia prestada a los pacientes era mucho mejor cuando se abrió la clínica, y que la trayectoria seguida a lo largo de los años describe una

evolución a peor en cuanto a organización y calidad asistencial. Algunos de los informantes se atreven a adelantar que el motivo de dicha evolución es el tipo de médico, que cada vez se implica menos con la situación clínica del paciente, se despreocupa más, no se responsabilizan más que de la cirugía que han realizado...

*“Yo creo que es el tipo de médico, vamos...que no se responsabilizan ellos mismos. Ellos operan y ya está, pero el paciente puede estar disneico,...que da lo mismo...y tienes que estar detrás de ellos para que lo vea un internista o para que hagan algo” \*\**

Continuando con la descripción de la calidad asistencial prestada a los pacientes, se hace referencia a la existencia o no de un aumento en el nivel de demanda y exigencia de los pacientes en el ámbito sanitario, así como de la influencia de ello de ser una Aseguradora Privada de Salud:

- Al ser una Sociedad Privada, las familias de los pacientes piensan que tienen derecho a que les den de todo, y a solucionarles los problemas que surgen al tener a una persona mayor recién operada en casa, con las limitaciones de movilidad que tienen algunos de los pacientes de prótesis de cadera los primeros meses tras la intervención.
- No hay unanimidad entre los informantes acerca de si el nivel de exigencia de los pacientes es igual en la Sanidad Privada que en la Pública, encontrando por tanto opiniones diversas y contradictorias. En cambio, sí que hay acuerdo en el hecho de que el paciente de vuelve más demandante conforme aumentan los días de estancia en el Hospital, tanto a nivel asistencial como de hostelería y limpieza. El problema detectado es que el paciente “se cansa” de estar ingresado, y quiere volver a su casa, a hacer su vida y comer sus comidas.
- Por otro lado, aparece un dato relevante y curioso a la vez, y es que los pacientes son cada vez más exigentes con el desarrollo tecnológico, motivado por el aumento de conocimiento acerca de técnicas de diagnóstico y procedimientos, proporcionada por búsquedas en Internet y por las series de hospitales de la televisión, ya que la gente en general se piensa que la ficción es el vivo relato de la realidad en la asistencia hospitalaria.

---

\*\* Texto del discurso de un profesional de enfermería.

*“Los pacientes ven muchísimo la tele, ven hospital central, médico de familia, house y todo lo que pillan y claro, se creen que las intervenciones se hacen en 5 minutos, que la gente se va de alta en el mismo día,,,(risas) y que todo es estupendo, y que yo vengo aquí a ligar...entonces, claro!”\*\*\**

**METACATEGORÍA B:** Coordinación del equipo asistencial y organización del servicio de COT.

En cuanto a la organización del servicio de traumatología en la Clínica, las responsables no han aportado mucha información, más que hay un jefe de servicio que es el responsable de todo el equipo de traumatología de la clínica, y que los traumatólogos generan pacientes que se traen de su consulta, a parte de los que entran por urgencias. En cambio, sí que nos dan una información relevante para el estudio, y es que el equipo de traumatólogos ha sufrido muchos cambios, y durante una temporada no han tenido un equipo compacto con unas ideas y unos protocolos marcados, por lo que el trabajo se retrasaba mucho. Además, pasaba tiempo hasta que el médico rehabilitador veía al paciente y el fisioterapeuta comenzaba su trabajo, por lo que las estancias se alargaban.

En relación a la organización del servicio de traumatología, es importante mencionar el problema que tienen con la gestión de camas y la clasificación de pacientes. La planta asignada al servicio de traumatología está formada por 37 habitaciones, aunque no todas están ocupadas por pacientes traumatológicos, así como también hay pacientes de traumatología periféricos, en otras plantas, que no reagrupan cuando se queda una cama vacía en trauma.

El no tener todos los pacientes de la misma especialidad reunidos en un mismo control de enfermería supone un caos, porque no saben exactamente cuántos hay ingresados, ni qué médico lleva a cada uno de los pacientes periféricos, es decir, “se pierden pacientes”. Por otro lado, el personal de enfermería de otras plantas no está especializado en traumatología, por lo que la atención no será del todo adecuada.

En cuanto a la organización del personal de enfermería, consideran que es deficiente, que se necesitarían más recursos humanos, y mayor organización por turnos.

---

\*\*\* Texto del discurso de un profesional de enfermería.

En relación a la organización de los turnos de enfermería, cuentan lo siguiente:

*“Por la mañana hay 3 enfermeras y 3 auxiliares para el aseo, la medicación y la preparación de los pacientes. Por la tarde..eh...algunos días baja el número de enfermeras, quedándose sólo 2 y 2 auxiliares. Por la tarde siempre hay 2 auxiliares. Por la mañana preparan la medicación las enfermeras, la reparten, empiezan a hacer a los encamados con las auxiliares, hacen las curas, y cuando acaban empiezan a preparar la medicación de las 12:00, a revisar los tratamientos y a poner los tratamientos que les ha mandado el médico. Eh...durante la mañana también, igual que por la tarde, se recogen ingresos, se preparan para el quirófano, se hacen las pruebas que haga falta...y eso, esa es la labor que tienen ellas. Por la noche, por la noche hay 2, por la noche es más tranquila, a no ser que haya algún ingreso o alguna incidencia, pues nada...nada más que ver a los pacientes y ponerles la medicación, y revisar las historias para ver si los tratamientos están todos correctos.”\**

Los informantes opinan que la descoordinación en el trabajo de enfermería conlleva diferencias en la forma de trabajar, probablemente por no seguir unos protocolos definidos previamente, por lo que se generan desavenencias entre los compañeros.

En general, piensan que como las tareas principales están asignadas al turno de mañana, el personal de la tarde no lee las incidencias ni hace las curas que hayan quedado por hacer, por lo que finalmente hay una sobrecarga de trabajo en el turno de mañana, que conlleva que las cosas no se hacen todo lo bien que se debería por la falta de tiempo, posibilitando la aparición de complicaciones y retrasando la evolución del paciente. Esta situación es motivo de sentimientos de “impotencia”, de disconformidad, e insatisfacción, ya que aunque las enfermeras saben hacer las cosas bien, y quieren hacerlo, no pueden por falta de tiempo, y eso significa irse todos los días a casa “quemada, harta, cansada”.

*“O sea que al final es problema de todos, de las coordinadoras y nuestro. Pero está muy mal organizado, porque por ejemplo el turno de mañana hace todo: curas, aseos, levantar, ...y por la tarde no hacen nada. Y si tuvieran que hacer una cura, dicen que ya lo harán al día siguiente por la mañana. Y esto te va quemando cada día más.”\*\**

Además de afectar a la calidad de la asistencia, y a que los empleados trabajen a gusto y contentos, esta descoordinación puede provocar quejas por parte del paciente, que en

---

\* Texto del discurso de la supervisora de enfermería de COT.

\*\* Texto del discurso del personal de enfermería.

ocasiones llegan a traducirse en reclamaciones puestas en “Atención al paciente”, porque no entienden que si se le tiene que prestar un servicio, no se le preste hasta el día siguiente.

En definitiva, una solución sería tener protocolizada la función de enfermería por turnos.

El personal de enfermería se queja de la labor de las coordinadoras, puesto que dicen que éstas no informan al personal nuevo de la existencia de protocolos, ni les enseñan los modos de actuación, sino que los dejan a cargo del personal con experiencia de la planta de traumatología, aumentando su carga de trabajo. Por tanto, si hubiera mejor organización en este sentido, la eficiencia en el día a día sería mayor, es decir, que debido a la mala gestión y organización del servicio, el personal de enfermería no puede hacer bien su trabajo.

Siguiendo en esta línea, y en un intento de describir las causas que el personal de enfermería comenta que aumentan su carga de trabajo, impidiéndoles desempeñar adecuadamente su labor, se destacan las siguientes:

- El personal nuevo contratado no consulta los protocolos porque es más fácil preguntar al compañero de al lado, sin tener en cuenta que éste no tiene tiempo para enseñarle los modos de proceder. Si a este hecho se le añade la poca estabilidad de personal en la clínica, la situación se agrava.
- Los pacientes con problemas sociales suponen una carga de trabajo, en el sentido de que es un paciente que está bien clínicamente pero que no se va de alta porque no tiene a dónde ir, por lo que se vuelve mucho más demandante.
- Tanto los traumatólogos como las coordinadoras delegan responsabilidades en el personal de enfermería antiguo, asumiendo que son buenos y eficaces en su trabajo, cargándoles con un trabajo que no les corresponde.
- La mala organización de la actividad médica en traumatología repercute en el trabajo diario de enfermería, ya que además de llevar a cabo sus tareas, tiene que estar pendiente de buscar a los médicos para contarles las incidencias o para avisarles de que no han visto a un paciente, lo que les quita tiempo y acaba afectando a la calidad de la asistencia que prestan a los pacientes.

- Ni los traumatólogos ni las supervisoras hacen nada por mejorar la práctica diaria de enfermería en este sentido, porque saben que si a ellos se les olvida algo, la enfermera les va a avisar. Pero la situación se complica cuando hay personal nuevo, que no sabe que tienen que “estar pendientes” de los médicos y no lo hacen. Por ello, los traumatólogos no quieren que les quiten a las enfermeras que tienen entrenadas, porque confían en su eficacia sin reparar en la carga de trabajo que les supone.
- Las supervisoras alegan que es un problema médico, y no hacen nada para solucionarlo. Por tanto, se podría decir que hay comunicación ascendente, pero que no funciona.
- En definitiva, la carga de trabajo supone un déficit de atención al paciente, al que no se le van a hacer los cambios posturales requeridos, por ejemplo, por falta de tiempo. Por tanto, si la organización y la coordinación mejoraran, la atención al paciente sería adecuada, mejoraría antes y se iría antes a casa.
- Por último, esta situación supone un malestar en el personal de enfermería, que se ve “sobrepasado”, por lo que cuando tienen una oportunidad de mejora, se van de la clínica.

En relación a la coordinación del equipo asistencial, en general, el personal de enfermería no está muy contento. En su opinión, dicha coordinación es de vital importancia para lograr unas altas cotas de eficiencia clínica, más aún que la existencia o no de protocolos. Argumentan su opinión del siguiente modo:

- La falta de coordinación y comunicación entre el personal médico y de enfermería conlleva que se repitan una y otra vez los mismos errores por no saber qué hacer en un determinado momento con un paciente, porque cada caso es único. Por ello, como propuesta de mejora, creen que sería bueno organizar sesiones clínicas con todo el personal que forma parte del equipo asistencial, puesto que el médico es el que prescribe, pero la enfermera es la que está 24 horas al día con el paciente, en las que se observan y anotan todas aquellas cosas importantes en la evolución del paciente, y que no tienen por qué ser iguales en todos.

- De hecho, en los últimos meses se está percibiendo una mejora en la calidad de la asistencia prestada debido a que se está coordinando más eficazmente los recursos humanos en enfermería, dejando en el servicio de traumatología personal formado en la especialidad, y fijo. Ahora es la misma enfermera la que sigue la evolución de un paciente hasta que se va de alta, y sabe lo que ha ocurrido el día anterior y lo que no, de manera que se pueden relacionar los sucesos y ser más eficientes en el diagnóstico y el tratamiento.
- Pero para los informantes es importantísima también la relación con los médicos, que aunque reconocen que son cercanos, y que la accesibilidad es buena en tanto en cuanto tienen que hacerles una pregunta, o pedir algo, la coordinación peca de escasa y deficiente. Es decir, si la enfermera escribe incidencias, pero el médico no las lee, ni avisa a la enfermera correspondiente a la hora de pasar visita a su enfermo, ni les preguntan a menos que se las encuentren en el pasillo, pueden pasar por alto alteraciones en la situación clínica del paciente que conlleven la aparición de complicaciones y, en consecuencia, aumento de la estancia media hospitalaria. A este respecto, cuando la estancia del paciente en la clínica supera los diez días, y aparecen las complicaciones, los médicos las justifican por el hecho de ser pacientes muy mayores.

*“¿crees que los pacientes aquí están más tiempo del que deben? Yo creo que si, por culpa de todo esto. Y luego dicen “es que claro, en cuanto pasan de la semana o de los 10 días son todo complicaciones” es que son pacientes muy mayores.”\**

Además, la mala coordinación entre médicos y enfermería conlleva un aumento de la carga de trabajo de estas últimas, ya que si avisan de una incidencia, o la escriben en el programa informático, pero nadie se da por enterado, cuando el médico quiere resolver la situación es tarde, y hay que hacer todo corriendo y en ese mismo momento.

*“Si, porque una herida sangra y se lo dices al médico y no te hace caso, se lo vuelves a decir y tampoco te hace caso...escribes incidencias, y como no se las leen ahí siguen...y cuando se quieren*

---

\* Texto del discurso del entrevistador y el personal de enfermería.



*dar cuenta, luego es a correr. Porque yo la hoja de evolución medica si que me la leo, pero ellos la mía no.”\*\**

En cambio, con los médicos de otras especialidades este problema no se da, puesto que leen a diario las incidencias de enfermería, y los posibles problemas se evitan porque se solucionan antes de que aparezcan.

Según las enfermeras, esta situación se da porque los traumatólogos, en general, piensan que su trabajo es operar y que nunca hay incidencias, por eso no las leen.

- Los informantes piensan que el sistema informático agiliza mucho el trabajo, pero que hay cosas que son importantes a la hora de tomar una decisión clínica, que no se escriben por falta de tiempo, espacio, y porque no se consideran importantes y en cambio sí se dirían en una conversación directa.

*“Se supone que de esa manera se agiliza todo eh? Que eso también se supone que está bien para poder prestar mayor atención al paciente, pero si no estás prestando la atención adecuada por falta de información, porque no es lo mismo a nivel verbal, que se pueden comentar mil cosas que no se ponen por escrito porque no se consideran importantes, pero que realmente tienen su importancia.”\**

- Hay unanimidad a la hora de opinar que, debido a que la mayoría de los pacientes operados de prótesis de cadera son de edad avanzada, la incorporación de un médico geriatra en el equipo asistencial que atiende a este tipo de pacientes solucionaría muchos de los problemas y por tanto acortaría las estancias. Les parece algo obvio y sencillo de hacer, por lo que no entienden por qué no se hace.
- Así mismo, piensan que se necesitaría contar con la figura de un asistente social, que desde el momento del ingreso informara al paciente y a la familia de las posibilidades de adaptación del domicilio para el regreso del paciente a casa, así como las ayudas del Ayuntamiento para que envíen a una persona especializada al domicilio para la movilización del paciente y el aseo. Además, haría de intermediario para gestionar la solicitud de plazas en las residencias, o en los

---

\*\* Texto del discurso del personal de enfermería.

\* Texto del discurso del personal de enfermería.

hospitales concertados para agilizar las altas hospitalarias de este tipo de pacientes.

- En cuanto a la coordinación con el equipo de rehabilitación, y la adecuación o no de los programas, es general la opinión de que se podría mejorar.

Según el personal de enfermería, los partes interconsulta al servicio de rehabilitación se hacen tarde, y luego pasan unos días hasta que el médico rehabilitador valora al paciente y pauta el tratamiento a realizar por la fisioterapeuta, por lo que cuando se comienza el tratamiento, en muchos casos la inmovilización ha provocado en el paciente un deterioro físico, por la atrofia muscular, lo que supone que será más difícil recuperar la fuerza muscular y la capacidad de caminar.

Los informantes opinan que los partes interconsulta no se hacen cuando se debería debido a que los traumatólogos no le dan importancia a nada más que a la cirugía en si misma.

*“Si, pero es en todo, pasan de todo. En rehabilitación y lo demás, como en la patología que tengan de base...por ejemplo, en patologías cardíacas, les da lo mismo, ellos han operado y ya está. Y cada día está peor.”\**

En cambio, los traumatólogos externos, que sólo vienen a la clínica cuando tienen cirugías programadas, prescriben la rehabilitación antes, y el proceso de recuperación se acelera.

Finalmente, el personal de enfermería y rehabilitación piensa que el proceso concreto de rehabilitación mejoraría, y el del alta hospitalaria se aceleraría de haber más fisioterapeutas contratados en la clínica para atender a los pacientes ingresados.

Según la fisioterapeuta, una rehabilitación precoz, pautada por el traumatólogo nada más salir de quirófano en los casos en los que es viable, aceleraría el proceso, empezando a preparar al paciente para el ejercicio cuanto antes, para evitar la atrofia muscular.

---

\* Texto del discurso del personal de enfermería.

Así mismo, en ocasiones les resulta difícil aplicar el tratamiento correcto de rehabilitación, puesto que el fisioterapeuta tiene que asumir competencias que no le corresponden, dado que el médico rehabilitador no está disponible o no tiene una relación directa con los traumatólogos.

**METACATEGORÍA C:** Existencia, seguimiento y evaluación de protocolos.

En relación a la existencia y seguimiento de un protocolo específico de atención a los pacientes de prótesis de cadera hay opiniones dispares y contrapuestas en función del cargo ostentado por el informante.

De este modo, las coordinadoras (que como se dijo en su momento, se mostraron esquivas a preguntas comprometidas como ésta, y que respondieron rápido y sin permitir indagar en el asunto, quizá motivado porque en este punto en parte se estaba analizando su trabajo y su responsabilidad) estaban de acuerdo en que hay protocolos, y que se hace todo bien, es decir, que si hay problemas se deben a complicaciones fortuitas en la evolución del enfermo.

Según ellas, los protocolos de cadera están en los manuales de calidad de cada planta, en unas carpetas accesibles a todo el personal, y que se los muestran a cada enfermera nueva que entra a formar parte del equipo asistencial del servicio de traumatología.

Sin embargo, finalmente reconocen que los manuales de procedimientos no se consultan, y que tampoco se hacen evaluaciones de calidad para comprobar si se siguen o no dichos protocolos. “Defienden” esta situación alegando que el personal antiguo no sigue los protocolos porque ya se los saben, y que luego enseñan a los nuevos.

Por otro lado, el personal de enfermería y rehabilitación opina de forma unánime que no hay protocolos, y que por tanto cada uno hace lo que puede...y sabe. Los conocimientos los obtienen por su cuenta o de cursos de formación que se organizan de vez en cuando.

Según ellos, de haber protocolos, el plan de cuidados sería ordenado y adecuado, y el personal podría seguirlos y trabajar del mismo modo. Se entiende por el contexto de su discurso, que para ellos el que haya un protocolo metido en una carpeta, pero que

ningún responsable se los haya enseñado y explicado, es como si no existiera, porque no vale para nada. Porque en realidad saben que los hay.

*“En teoría en cada control están los protocolos de enfermería pero eso...están ahí! Cuando viene gente nueva, los protocolos están ahí, de cómo movilizar, cómo hacer una cura, cuando quitar un drenaje,...pero creo que al entrar, a ninguna le informan de cómo hacerlo. Yo puedo curarle hoy la vía periférica, y que hay que cambiarla dentro de cuatro días, pero si ese día está una nueva...nada.”\**

El problema de no haber protocolos, es que al final las pautas clínicas se llevan a cabo, pero no en el momento adecuado, por lo que se generan complicaciones innecesarias.

*“Aquí no se siguen protocolos...o sea..nada. en cuanto a los pacientes operados, debería existir un protocolo por ejemplo de retirada de sonda vesical a las 24 horas, drenaje a las 48, y aquí no se sigue protocolo...”ah! Si, es verdad...la sonda vesical,...había que quitarla”\**

En el caso de las sondas vesicales, si no se retiran a tiempo, el resultado es una pérdida de tono vesical, y como son pacientes muy mayores, cuesta mucho recuperarlo, por lo que hay que llamar al urólogo,...(mayor consumo de recursos), además de aumentar la posibilidad de infecciones urinarias.

Al no haber protocolos, no se evalúa la práctica enfermera, por lo que son ellos mismos los que analizan los problemas surgidos en la práctica diaria, cuando se dan cuenta de que en una zona hay muchas infecciones, luxaciones,...para detectar los fallos y poner más atención.

Un problema importante de la inexistencia de protocolos para auxiliares y celadores, es que no conocen los cuidados que hay que tener para movilizar a un paciente con una prótesis de cadera, por lo que son las enfermeras las que tienen que darles las indicaciones oportunas. Pero la consecuencia de ello, es que si un día están muy ocupadas, o no se dan cuenta de que un celador o una auxiliar nueva va a movilizar a un paciente, no pueden avisarle y pueden producirse complicaciones, en este caso, luxaciones de la prótesis.

---

\* Texto del discurso del personal de enfermería.

*“Cada uno...Y porque ahora tenemos celadores propios de trauma que, claro, ya saben movilizar y eso. Pero si hay muchos cambios en el personal, y nadie les dice a los nuevos que hay que poner una almohada entre las piernas, y que hay que tener cuidado al girar la paciente, y nosotros tenemos mucha carga de trabajo y no puedes entrar en esa habitación, pues...se luxa y...”\**

Y finalmente, según los informantes, un problema importante de la falta de seguimiento de protocolos, es que se hacen muchas cosas innecesarias únicamente porque la familia lo demanda, y sólo para evitar una reclamación.

Por tanto, llaman la atención acerca de la necesidad urgente de poner en marcha unas medidas de actuación para solucionar el problema, así como de instaurar un protocolo adecuado y actualizado.

**METACATEGORÍA D: Gestión de la Dirección Médica.**

En relación a la Gestión de la Dirección Médica de la Clínica, las coordinadoras únicamente han hecho referencia a que son los traumatólogos los que gestionan directamente con la Dirección los traslados de pacientes con problemática social a los centros concertados, y que saben la necesidad de contratar en la Clínica un asistente social, pero que no lo hacen y tampoco saben el motivo. Una vez más, se tiene la sensación de que un tema que para el personal de enfermería es relevante y prioritario a la hora de proponer medidas de actuación para mejorar la calidad asistencial de los pacientes de prótesis de cadera, para las coordinadoras no es importante, o al menos no muestran un interés claro y conciso en ello sino que, por el contrario, delegan la responsabilidad en los traumatólogos.

En cambio, el personal de enfermería y rehabilitación opinan unánimemente que desde la Dirección de la Clínica no se hace nada para solucionar los problemas sociales en estos pacientes y, por tanto, los problemas de las prolongadas estancias medias con las que se cuentan. En ocasiones el paciente está recuperado de la cirugía, camina, come por sí sólo, no tiene medicación ninguna, pero sigue ingresado a la espera de poder ser trasladado a algún centro de apoyo, pero nadie hace nada para agilizar el proceso.

Así mismo, les parece incoherente el hecho de ahorrar gastos contratando a menos personal de enfermería que el que realmente sería necesario, puesto que ello supone un déficit en la atención a los pacientes. Por carga de trabajo y en consecuencia falta de tiempo, no se hacen los cambios posturales con la frecuencia necesaria, ni los cambios de pañal, ni de vías periféricas y sondas vesicales, por lo que aumentan las probabilidades de que aparezcan úlceras por presión, infecciones urinarias,...y en consecuencia la patología del paciente se complica, aumentando la estancia media y en última instancia los costes para la clínica, ya no sólo por el número de días en exceso que el paciente permanecerá ingresado, sino por el aumento de recursos innecesarios consumidos.

Por otro lado, los informantes hacen referencia a la dificultad con la que se encuentran a la hora de transmitir una queja o una propuesta de mejora a la Dirección, ya que no tienen oportunidad para hacerlo. Les parece algo incomprensible, dado que bajo su punto de vista, si existiera una comunicación ascendente fluida y eficaz, se podrían solucionar los problemas surgidos en la práctica diaria así como mejorar las condiciones de la misma.

Tienen un sentimiento de frustración motivado por el hecho de que la Dirección de la Clínica, siendo ésta un hospital relativamente pequeño, no se moleste en conocer a sus empleados ni se tengan en cuenta sus opiniones. En esta línea, les preocupa el que a la Dirección no le importe el modo en el que tienen que desarrollar su trabajo sus empleados, ni los sentimientos que ellos les produce, y que conducen en que ante la menor oportunidad, se vayan de la clínica en busca de mejoras, principalmente en el plano asistencial aunque también en el económico.

*“Si. Yo a día de hoy no conozco al director. Y si lo conozco es porque un día alguien en el ascensor me dijo, este es el director de la clínica, pero no ha pasado por la planta a presentarse.”\**

Una opinión generalizada que llama la atención es que piensan que la Dirección de la Clínica no concibe ésta como un hospital quirúrgico, que no piensan en el problema de las estancias ni se molestan en conocerlo, y que sólo se preocupan de las apariencias

---

\* Texto del discurso del personal de enfermería.

pero no de los resultados. Además, sienten que nadie responde ante sus problemas, ni se mueve para plantear mejoras, por lo que continúan con la misma carga de trabajo.

*“No. Es que se preocupan de que todo esté bonito, pero no de preguntarnos si hay algo que cambiar o mejorar en la asistencia, si está todo bien...”\**

*“ellos no conciben esto sólo como un hospital quirúrgico. Es que parece que la política de la clínica no es atender al paciente y que cuando no cumpla criterios de hospitalización se vaya de alta. Y que se tiene que ir, pues habrá un abanico de posibilidades. El primer problema, que no lo piensan. Y el segundo, que no lo conocen, pero que tampoco se molestan en conocerlo”\**

En relación a los costes que supone la asistencia diaria a un paciente de prótesis de cadera, los informantes no saben lo que cuesta cada medida de actuación que llevan a cabo, en parte porque no existe una contabilidad analítica.

La opinión de las supervisoras de enfermería es que se hace un uso correcto y adecuado del material, pero no se controlan los gastos ni se repara en los costes, aunque con el sistema informático se tiene un control más exacto de las existencias y de los recursos utilizados.

En contraposición, el personal de enfermería y rehabilitación informan de que no tienen límites en el consumo de recursos, y que en ocasiones se derrocha un poco. Piensan que hay un consumo de recursos innecesario, propiciado por la mala praxis médica. Es decir, mantener una medicación por vía o la alimentación por sonda más tiempo del necesario es mucho más costoso que vía oral, como para tenerla más días de los realmente necesarios. Por otro lado, el no retirarlas a tiempo aumenta las probabilidades de sobre infección, por lo que hay que cambiarlas y tratar esa infección, por lo que se encarece aún más el tratamiento de ese paciente en particular, además de los días añadidos de ingreso.

Les llama la atención que ellos, sin tener nada que ver con la gestión de la Clínica, se den cuenta de este tipo de cosas, y que sin embargo desde “arriba” no se preocupen del aumento de recursos relacionado con el aumento de la estancia media, y que no se haga nada para solucionarlo. Es decir, con “control” se mejoran los costes.

---

\* Texto del discurso del personal de enfermería.

En esta línea, a lo largo de las entrevistas han surgido varias propuestas de mejora formuladas a la Dirección, como pueden ser:

- La necesidad de mayor número de colchones antiescaras y barandillas en las camas, para evitar complicaciones como úlceras por presión y caídas por desorientación nocturna, respectivamente, que conlleven un aumento de la estancia hospitalaria.
- La necesidad de contar con camas articuladas para prevenir patologías de columna vertebral en los empleados.
- Coordinación y seguimiento del paciente con problemática social por un asistente social desde el día del ingreso.
- Seguimiento domiciliario del paciente por un médico que controlara la evolución y por un fisioterapeuta para aplicar el tratamiento correspondiente y que el paciente recuperara la autonomía, y de esa manera poderles dar el alta hospitalaria antes.

Por el momento, la rehabilitación a domicilio se facilita, pero las sesiones duran poco tiempo (15 minutos) y son pocas, por lo que finalmente para recuperar la masa muscular y reeducar la marcha, el paciente tiene que recurrir al tratamiento privado, que en muchas ocasiones lo aplican los propios fisioterapeutas de la Sociedad Médica.

*“la rehabilitación a domicilio, que por cierto, es algo que debería mejorarse, porque ahora mismo es un servicio que se ofrece a los pacientes, pero que la estancia del fisio en el domicilio es tan sumamente corta que...efectiva, pues no sé si será efectiva, pero a la larga...no se (risas), pero bueno, que luego nos hemos ido enterando que muchos pacientes lo que hacen es contratar de forma privada a un fisio, incluso a veces al mismo que ofrece sus servicios a través de la sociedad, porque se queda muy corto. Entonces, habría que mejorarlo, o meter más fisios”\**

- Contar con una unidad específica en el hospital, con personal de enfermería especializado en cirugía traumatológica, y un servicio de rehabilitación con los medios adecuados para facilitar un tratamiento precoz a los pacientes con

---

\* Texto del discurso del personal de rehabilitación.



implante de prótesis de cadera, con el fin de que el paciente recupere la autonomía lo antes posible.

- Instauración de un protocolo específico de cadera, enviado directamente desde la Dirección, de modo que el cirujano al salir de quirófano escriba en la hoja de evolución “seguir tratamiento X”, y el paciente siga su curso normal, sin tener que preguntar las enfermeras cuándo se retira el antibiótico o se retira una sonda, a menos que haya alguna especificación o una incidencia.
- Se debe hacer un seguimiento continuo e intensivo al paciente para evitar complicaciones y fallos.
- Mejorar la coordinación interdisciplinar, acelerando las interconsultas, así como la comunicación de incidencias entre traumatólogos y enfermeras.
- Fomentar la independencia del paciente durante la hospitalización.
- Y de forma general, acelerar las altas hospitalarias y los traslados a centros concertados (para lo que hay que aumentar las alianzas), e intensificar el programa de rehabilitación.

#### METACATEGORÍA E: Actividad médica del servicio de trauma.

En relación a la idoneidad de la práctica médica de los traumatólogos en los pacientes de prótesis de cadera, los informantes tienen una opinión unánime y bastante crítica al respecto, aportando datos clave en el estudio de las causas de la inadecuación de la estancia hospitalaria en pacientes con implante de prótesis de cadera. Llama la atención que algunos de ellos han sorprendido al observador, siendo por otro lado la mayoría ratificados por la observación directa a lo largo de sus años de experiencia en el centro, motivo por el cuál se planteó el presente proyecto de investigación.

Se trata de datos de gran relevancia, debido a sus consecuencias en la calidad de la asistencia prestada a los pacientes:

- Muchos días los traumatólogos no ven las heridas, fiándose del criterio y la experiencia de las enfermeras. El problema es que si un día hay una enfermera nueva en el servicio, se ha podido pasar algo por alto que conlleve finalmente una infección o similar.

- Cuando una herida sangra, o hay alguna incidencia, en muchas ocasiones les avisan y no les hacen caso, y cuando se quiere poner remedio es demasiado tarde.
- Los traumatólogos depositan toda su confianza en el personal de enfermería, delegando en ellos más responsabilidad de la que les corresponde y sin tener en cuenta que rotan mucho, y que la gente nueva puede que no tenga formación específica. Por este motivo, no les gusta que cambien al personal de la planta de traumatología.
- Si el médico que lleva a un paciente no está un día, se queda sin ver. Tiene que estar la enfermera encargada pendiente de avisar al traumatólogo de planta, que como no conoce al paciente, no toma decisión alguna hasta que no venga su cirujano.

*“los traumas no tienen un seguimiento diario del paciente, organizado, lo que complica el trabajo de enfermería. Cada uno tiene sus pacientes, pero muchos días están operando, en consulta, de guardia, o librando la guardia, y si se les olvida encargar a un compañero la visita a sus pacientes, tenemos que estar nosotras pendientes y pedirle el favor al trauma de planta”\**

- El comienzo de la rehabilitación se retrasa mucho por culpa de los traumatólogos, que tardan mucho en mandar el parte interconsulta.
- Ven a los cirujanos con una actitud de dejadez. Para ellos lo importante es operar y no le dan importancia a las patologías de base que tiene el paciente, así como la necesidad de una rehabilitación precoz, y piensan que la situación cada vez es peor.
- Mala coordinación del equipo de traumatólogos en cuando a los pacientes de planta operados. Hay un traumatólogo de planta fijo, que rota por semanas, pero luego cada uno de los otros cirujanos hacen el seguimiento de sus cirugías, y si un día están de guardia o en consulta, no ven al paciente, por lo que las enfermeras tienen que estar reclamando a un cirujano la visita de ese paciente.
- Las coordinadoras justifican la actividad médica alegando que en la Clínica se operan cosas muy complicadas, y que cada vez hay menos cirugías programadas porque entran muchos pacientes por urgencias. En cambio, para las enfermeras

---

\* Texto del discurso del personal de enfermería.

es escaso el número de cirugías por médico en comparación con otras especialidades, así como el número de pacientes asignados a cada uno.

- No pasan visita todos los días, a diferencia de los traumatólogos externos.
- No existen horarios de pase de visita, lo que crea un gran descontrol en enfermería, e inseguridad en el paciente.
- El pase de visita no se hace de forma conjunta con la enfermera, como ocurre en la Seguridad Social, por lo que no se cuentan las incidencias ocurridas durante la jornada, y los problemas no se resuelven a tiempo real, alargándose los tiempos en la evolución del paciente hacia la mejoría.

Por el contrario, con los traumatólogos externos no tienen ningún problema. Ellos operan en la Clínica a los pacientes que generan en sus consultas, por el mero hecho de pertenecer a la Sociedad Médica. Los pacientes pueden elegir cualquier médico dentro de la Sociedad para ser operado, aunque no sea del equipo del Hospital.

Hay algún informante que opina que no hay diferencia en la forma de trabajar de los traumatólogos internos del hospital y los externos. En cambio, la mayoría opinan que los traumatólogos externos no demandan tanto al personal de enfermería (salvo apoyo burocrático, por no conocer del todo el funcionamiento de la clínica), y que aceleran el proceso de rehabilitación, enviando los partes interconsultas el mismo día de la cirugía.

En cuanto a la petición de pruebas diagnósticas, existe una opinión unánime en que hay escasas incidencias en la petición de analíticas y pruebas, aunque destacan la falta de petición de radiografías de control.

Uno de los informantes opina que la calidad de la asistencia mejoraría con pedirles una analítica a los pacientes e interpretarla, para detectar a tiempo infecciones o alteraciones en el hemograma.

Cuando se ha preguntado acerca de la planificación temporal del alta hospitalaria, es general la opinión de que el alta se debería de planificar anticipadamente, desde el día del ingreso, principalmente para evitar los días de hospitalización inadecuada en

pacientes con problemas sociales. Así mismo, los informantes opinan que el alta precoz conllevaría una disminución en las complicaciones.

#### METACATEGORÍA F: Formación del personal.

Todos los informantes están de acuerdo en que no se les imparten cursos de formación, y que principalmente hace falta formar a los celadores y auxiliares, porque hacer una buena movilización es fundamental para evitar complicaciones como luxaciones o caídas, y hay muchos que no saben hacerlo, y con los cambios posturales ocurre lo mismo.

A parte de eso, en el caso de que por una mala movilización se luxara una prótesis, normalmente no saben identificarla, y es el fisioterapeuta el que se da cuenta y tiene que avisar a la enfermera correspondiente y al médico. El problema es que el paciente puede llevar con la cadera luxada un día, con el dolor que ello supone, así como el retraso en la recuperación.

*“En caso de luxación, pues el fisio...bueno, cuando entramos a una habitación...pues una luxación es bastante evidente, así que somos nosotros los que la detectamos, pero a lo mejor ha pasado un día,...o el tiempo que sea desde que se ha producido”\**

Cuando hay celadores nuevos aumentan los casos de luxaciones, por no saber girar a los pacientes, levantarlos, no saben que hay que ponerles una almohada entre las piernas para que no gire la cadera, o encima del asiento para que cuando se sienten, las caderas estén siempre más altas que las rodillas. Si a las enfermeras no les da tiempo a enseñarles y decirles lo que hay que hacer, nadie lo hace, y por tanto cada uno hace con el paciente lo que buenamente puede.

En cualquier caso, tampoco hay muchas luxaciones debidas a la falta de formación y experiencia.

Parece ser que hubo un momento en la historia de la Clínica que sí que se le dio importancia al hecho de saber hacer una movilización correcta del paciente, y se

---

\* Texto del discurso del personal de rehabilitación.

impartió un curso, pero ya no se hace, y sigue entrando gente nueva que no sabe qué cuidados específicos hay que tener en cuenta a la hora de movilizar a un paciente con prótesis de cadera. Por tanto, se hace una llamada de atención a la Dirección para solicitar una Formación Continua del personal sanitario.

En cuanto al personal de enfermería nuevo, nadie les enseña, por lo que si no saben poner un Kinetec® (aparato de movilización pasiva de cadera-rodilla), no lo ponen.

Hay unanimidad entre los informantes al opinar que cada vez las nuevas generaciones se implican menos en el trabajo con los pacientes, y tienen menos ganas de aprender. Les da la sensación de que van a trabajar únicamente para cobrar un sueldo, sin importarles si hacen bien o no su trabajo.

**METACATEGORÍA G:** Valoración por parte del personal asistencial de la estancia media en prótesis de cadera.

En relación a las estancias preoperatorias, los informantes piensan que son adecuadas, dado que son pacientes que ingresan por urgencias tras sufrir una caída con fractura de cadera, y que no se pueden operar en seguida porque hay que regularles la medicación antes de la cirugía. En general, la opinión es que se hace una buena gestión del paciente preoperatorio, y que están el tiempo justo.

En relación a la estancia media del paciente de prótesis de cadera, una vez más la opinión difiere dependiendo de la posición jerárquica del informante. Como ya hemos dicho anteriormente, las coordinadoras parece que defienden en todo momento su gestión y el modo de proceder, aunque los datos sean objetivos.

Por ello, según las coordinadoras, las estancias medias son adecuadas, acorde con la actividad quirúrgica de la Clínica y el tipo de pacientes que se operan (pacientes muy mayores y pluripatológicos, que se quedan ingresados por problemas de Medicina Interna), motivo por el cuál no se deberían comparar con otras clínicas privadas, ni con la Seguridad Social.

En cambio, los informantes enfermeros opinan que la estancia media es de aproximadamente 15 días (lo cuál es bastante cercano a la realidad), y les parece excesiva. En consecuencia, no entienden cómo desde la Dirección no se pone en marcha ninguna medida de actuación para acortar los días de estancia en estos pacientes. Para ellos, la causa principal es la mala coordinación y actuación médica, lo que conlleva un aumento en el consumo de recursos.

Otras causas de la estancia media prolongada son:

- Que son personas mayores con complicaciones médicas que se agudizan tras la intervención y el encamamiento.
- Falta de coordinación del equipo médico y resto del personal sanitario.
- Déficit de personal sanitario.
- Falta de información al paciente y la familia, necesidad de asistente social.
- Coordinación con rehabilitación mejorable.

**METACATEGORÍA H: Pacientes con problemática social.**

En relación a las alianzas con centros de descarga y rehabilitación, los informantes nos dicen que antes tenían más facilidades a la hora de trasladar a los pacientes, pero que ahora no aceptan todas las peticiones.

Por tanto, en este momento faltan camas en los hospitales concertados, por lo que hay muchos pacientes que al no poder ser trasladados, se quedan en la Clínica ingresados, aumentando los días de estancia media, que dan lugar a la aparición de complicaciones clínicas tales como infecciones respiratorias o urinarias.

Es obvio pensar que el alargamiento de las estancias debido a problemas sociales se solucionaría aumentando el número de alianzas con centros de crónicos.

En general, el problema social despierta un sentimiento de incredulidad porque nadie hace nada por solucionarlo. Y es que en ocasiones, el paciente está bien clínicamente y no se le da el alta porque no tiene familia que le ayude en casa, o porque el domicilio no

está preparado arquitectónicamente para un persona con las limitaciones de un paciente recién operado de prótesis de cadera.

En ocasiones las estancias se prolongan porque la familia presiona al médico para que deje ingresado al paciente unos días más hasta que busquen una residencia, compren una cama articulada,...o incluso es el propio paciente el que pide no volver a casa.

*“Bueno...bueno, eso aquí es increíble. El problema social que existe es que la familia no se puede hacer cargo de ellos, o que necesita tiempo para reorganizar la familia o buscar una residencia, y hasta entonces el paciente permanece ingresado. En el hospital público, te dan el alta y punto”*

*“Es que lo que más me llama la atención es que no hagan nada para atender a los pacientes con problema social, y que un paciente que esté bien y todo controlado se tenga que quedar aquí porque no tiene a dónde ir...es que no lo entiendo.”\**

En cuanto a si existen diferencias entre la sanidad pública y la privada en relación a los problemas sociales de los pacientes, la mayoría de los informantes piensan que el problema es igual, porque se trata de pacientes muy mayores que no pueden pagarse una residencia privada, aunque quizá en el público se funcione mejor por la intervención del asistente social, que asesora a la familia y hace de intermediario para agilizar los trámites del traslado.

## **ANÁLISIS DE METACATEGORÍAS DEL DISCURSO DE LOS TRAUMATÓLOGOS**

**METACATEGORÍA A:** Valoración de la calidad asistencial prestada a los pacientes.

Los informantes piensan que la calidad de la asistencia prestada es buena, pero que el problema es que los pacientes que se operan en la Clínica por una fractura de cadera no llegan a ningún otro hospital. Es decir, a otros Hospitales privados que no son de la Sociedad Médica, sino que tienen concierto con ella, no les interesa ingresar pacientes complicados con muchas patologías de base.

---

\* Texto del discurso de los profesionales de enfermería.

*“No, lo que pasa es que son pacientes muy mayores con mucha patología...es que los pacientes que operamos nosotros tienen 90, 80 y muchos...y el que no tiene diabetes, pues tiene hipertensión, insuficiencia cardíaca, o toma algo porque tiene algo de corazón, o insuficiencia renal, o son bronquíticos crónicos...entonces claro, y a veces son todo eso a la vez. Entonces si haces un una operación cruenta como es la cadera, que es lo que más operamos aquí, y toda su hemodinámica se va abajo, y para recuperarse tardan, y aparecen complicaciones. Y a veces se infectan...”*

*“Pues sí, porque no les interesa a otras clínicas coger una fractura de cadera que por ejemplo, es una persona muy mayor y es una fractura mala y que tenga muchas patologías.”\**

Según los informantes, la mayoría de los pacientes que operan son mayores, con muchas patologías que se agudizan tras la fractura de cadera y una intervención tan cruenta como es la colocación de la prótesis, tras la cuál se desestabilizan hemodinámicamente.

La totalidad de los informantes opina que las estancias prolongadas van asociadas a un aumento de las complicaciones, y a un aumento de reclamo de atención por parte del paciente, dado que hay que buscar a algún familiar cercano para que se haga cargo de ellos y poder darle el alta. Además, el paciente se acostumbra a que le hagan la comida, le asean, limpien la habitación, le cambien las sábanas,...y se vuelven cómodos, no se quieren ir a casa. Por tanto, cuantos más sean los días de estancia hospitalaria, peor en todos los sentidos.

Dichas complicaciones que surgen al prolongarse la estancia, ocurren unas veces porque el paciente tiene insuficiencia respiratoria y tras la cirugía se complica en una neumonía, y otras veces porque si la estancia hospitalaria se prolonga más de 10 días, empiezan a aparecer las infecciones urinarias, neumonías,...y entonces sí se alarga bastante la estancia.

Según los traumatólogos, el hecho de ser un hospital privado influye mucho, la gente se vuelve cómoda y cree que puede estar ingresada hasta que se recupere. Y la familia lo apoya, porque es mucho más cómodo tener al anciano atendido en el hospital que en casa. En cambio, en la Seguridad Social, a este tipo de pacientes se les da el alta si o si, aunque se intentan solventar los problemas sociales con la intermediación del asistente

---

\* Texto del discurso de los traumatólogos del Hospital.



social. Por ello están intentando que la Dirección contrate al menos a un asistente social en la Clínica, para los pacientes muy mayores que viven solos.

*“Aquí ocurre un problema...que...la sociedad médica no tiene asistentes sociales, y la mutua de funcionarios del Estado tampoco. Y si operas a un señor que tiene 90 años, y que depende en su casa de su mujer, que tiene 85-87...pues claro, la ayuda que te puedes esperar pues no es mucha...entonces claro...¿qué haces con esa gente? pues teniendo en cuenta que los días de espera se pueden alargar, porque tienes que estar pendiente de la familia, y hay muchos que no tienen familia. El tema social es muy caótico aquí eh...o sea...muy caótico. Porque claro, ver el espectáculo de una señora que vive con su marido, y pon el peor de los casos, que no tengan hijos...pues qué haces con esa persona? No pueden...necesitan unos cuidados muy grandes, porque muchas veces no puede apoyar, o no puede andar, muchas veces tiene su factor de demencia...en fin...es un problema, y no tienes donde mandarlos. Y los viejos en la calle...”\**

Porque en la Seguridad Social tienen centros de descarga, pero no los suficientes para el volumen de pacientes que operan. Y no quiere decir que porque sea funcionario o tenga una póliza privada, los de la Sociedad Privada tengan más poder adquisitivo. El problema es que a las personas mayores se les trata muy mal, según los informantes.

METACATEGORÍA B: Coordinación del equipo asistencial y organización del servicio de COT.

#### Organización del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

El equipo lo forman seis traumatólogos de planta, que son los que están en plantilla y que hacen también guardias. Luego está el Jefe de Servicio, y otro cirujano, que ejerce de jefe y como uno más del equipo. Normalmente tienen operaciones programadas, con un quirófano diario, y hacen de dos a tres operaciones diarias. Generalmente suelen ser caderas, fracturas...es decir, más cirugía traumatológica que ortopédica, fundamentalmente. Normalmente dos días a la semana disponen de dos quirófanos, y hacen generalmente las urgencias en uno y en el otro la cirugía programada, que suele ser: extracción de material que tengan que hacer, alguna artroscopia, y cirugías de ese tipo. Entonces, estos seis traumatólogos se reparten el servicio...por ejemplo, un día,

---

\* Texto del discurso de un traumatólogo del equipo del Hospital.

generalmente hay en quirófano entre dos y tres personas, dependiendo de los días y de la cirugía que se vaya a hacer, uno en la planta que suele estar alrededor de tres semanas fijo para llevar a todos los pacientes, aquéllos que están ingresados y no operados, sin hacer otra cosa, a no ser que pase la consulta, y cuando le toca guardia...pues lógicamente el día de libranza lo hace otro compañero. Algunas veces también vemos a los ya operados, porque el compañero que los lleva no está en ese momento ahí.

Y además tienen que atender la consulta externa, y como son siete para pasar consulta, pues tienen alrededor de dos días por semana que pasar consulta. Como hay días que no pueden pasar consulta porque son menos, principalmente los lunes, que a veces no ponen consulta porque no se puede...porque claro, cuando se hacen guardias sábado y domingo, que libran dos el lunes, pues son menos...y claro, no es lo más prioritario la consulta.

En cuanto a la organización del servicio, los informantes están de acuerdo en que se necesita que las coordinadoras de enfermería dejen al personal de la planta de traumatología fijo, porque están entrenadas y saben hacer de todo. Porque debido a este motivo, cuando necesitan cubrir un hueco en otro servicio, siempre acuden a las enfermeras de traumatología.

Por otro lado, el que no haya un control fijo para todos los pacientes de traumatología supone un caos en la organización, y que nadie siga los protocolos.

#### Coordinación de equipo asistencial.

La totalidad de los informantes opinan que hay una buena coordinación entre el equipo de cirujanos y el Jefe de Servicio, con el que comentan los casos difíciles o los pacientes con problemas, aunque unas veces obtengan más éxito que en otras. Así mismo, hablan de una buena coordinación con el personal de enfermería.

En relación a la coordinación con el equipo de Medicina Interna, en general la opinión es buena, y gracias a ello por ejemplo, se ha conseguido disminuir los días de estancias preoperatorios en pacientes con fractura de cadera. También hay un informante que comenta el hecho de que la coordinación con Medicina Interna no supone un retraso en

el alta del paciente, aunque sí que les parece que como no son pacientes que estén a su cargo, les prescriben pruebas diagnósticas complementarias que a juicio de los cirujanos no serían necesarias, y que no las harían si los pacientes estuvieran a cargo de Medicina Interna, pero que alargan las estancias.

En lo que sí hay unanimidad es en que la coordinación con otras especialidades es fundamental para no retrasar la evolución del paciente, que éste empiece a levantarse de la cama y andar cuando esté pautado, y no se retrase por un problema de Medicina Interna.

La situación clínica de los pacientes con fractura de cadera intervenidos para la colocación de una prótesis, requiere como hemos dicho de una atención multidisciplinar, teniendo que solicitar los cirujanos partes interconsulta a Internistas, Urólogos, Dermatólogos,... Por tanto, si la coordinación entre los distintos equipos médicos no es correcta, pueden aparecer complicaciones y en consecuencia alargarse la estancia media.

*“Pero esas patologías que están saliendo, pero que ya las tenían, y que se están poniendo más de manifiesto, pues requieren que haya...pues los internistas, dermatólogos, patólogos...una serie de personas, de servicios,...que tenemos que trabajar en conjunto. Y cuando no se trabaja...digamos con esa cohesión de vida, eso es lo que hace...yo creo al menos que el alargamiento de las estancias es por eso, es decir, no nos ponemos de acuerdo lo bien que teníamos que hacerlo, porque si lo operas y está bien, bien, pero ahora, si le tienes que trasfundir, si le tienes que controlar, si tienen una cardiopatía, si hay que hacerle un eco...en cuanto eso se alargue un poquito, yo creo que los 7-8 días de media que hay por ahí, pues a lo mejor aquí estamos en 12-15 o en 20.”\**

El problema que plantean los informantes a este respecto es que los internistas no quieren que los pacientes operados por los traumatólogos, y que se han recuperado de la cirugía pero tienen complicaciones médicas sean dados de alta en el servicio de traumatología y pasen a cargo de medicina interna, porque son pocos para tantos pacientes, y se cargarían de trabajo. En consecuencia, los traumatólogos tienen que funcionar con partes interconsulta, que retrasan al menos dos días el tratamiento, mientras se cursan por administración, llegan a los internistas y éstos valoran al paciente. Por el contrario, los informantes opinan que si tuvieran un geriatra o un

---

\* Texto del discurso de un traumatólogo del Hospital.

internista dentro del equipo, para sus pacientes, todo sería más rápido, se funcionaría mejor, y se reduciría el consumo de recursos y por tanto los costes asociados a estos pacientes. Y es que ellos están más expectantes ante cualquier cambio en la hemodinámica o en la clínica del paciente, pudiendo preveer con antelación las complicaciones y evitando su aparición, y en consecuencia, acortando las estancias y mejorando la calidad de la asistencia prestada.

*“Tuve el caso concreto de una paciente que estuvo ingresada 2 meses con una insuficiencia renal y respiratoria y cardiaca, pero como estaba a cargo de trauma, yo la tenía que ir a ver todos los días, porque es tu obligación. Y la señora estaba caminando desde el 6º día, con su insuficiencia y eso, y yo tuve que ir durante 2 meses todos los días para ver cómo iba la señora, y en realidad mío no era nada. Es más, me decía la señora...”Doctor, qué simpático es usted! que ya me ha arreglado esto y viene a verme todos los días!” . Entonces me parece absurdo esto, tener que funcionar con pics a medicina interna. Y esto es una lata...porque un internista o un intensivista si les pones un pic lo ven ellos, pero yo creo que lo debería de llevar un internista de planta.”\**

Por este motivo, los traumatólogos han pedido un geriatra que siga a sus pacientes, que los valore antes de la intervención y los controle para mantenerlos estabilizados hemodinámicamente en todo momento.

Según nos cuentan, este problema se le ha planteado al Jefe de Servicio, pero de momento no se ha solucionado. Y es que ellos alegan que son médicos, pero al no estar especializados en medicina interna, hay muchas cosas que se les escapan y, en consecuencia, se alargan las estancias.

*“hemos pedido un geriatra, que vea a los pacientes antes de operarse y luego los siga, porque no todos los pacientes necesitan un seguimiento por parte de med. Interna. Porque nosotros controlamos las analíticas y eso, pero ya si hay problemas de azúcar o algo así, ya tiene que venir med. Interna”\*\**

En relación a la coordinación con el equipo de atención domiciliaria, los informantes cuentan que funciona muy bien, y que se hacen cargo de muchos pacientes que de momento no se les puede dar rehabilitación, y al menos tienen atención médica, porque como hemos dicho, son pacientes mayores con muchas patologías que requieren de un seguimiento exhaustivo tras la cirugía.

---

\* Texto del discurso de un traumatólogo del hospital.

\*\* Texto del discurso de otro traumatólogo del hospital.

Los pacientes que tienen su domicilio adaptado y cuentan con algún familiar o persona de apoyo que les ayude una vez que sean dados de alta, se van con las grapas puestas, y cuando corresponda se les manda un enfermero para curar la herida y quitar las grapas, así como un fisioterapeuta para ejercitar la musculatura y reeducar la marcha. A este respecto, hacen una llamada de atención al servicio de rehabilitación a domicilio, alegando que hay muchos fisioterapeutas que no van, o al menos todos los días, y que los tratamientos duran cinco minutos, por lo que la evolución es muy lenta.

*“Otra posibilidad era mandar al paciente a casa, con las grapas, y se les mandaba un enfermero para curar la herida y quitar las grapas, así como un fisio para reeducar la marcha. que, por cierto, hay muchos que no van, o al menos no todos los días, y 5 minutos” \**

En relación a la coordinación con el equipo de rehabilitación, la totalidad de los informantes está de acuerdo en que es algo fundamental, y que deberían de hablar más para poner en común opiniones acerca de la evolución de los pacientes, en vez de limitarse a escribir la petición por el programa informático. Porque cuando surge un problema con un paciente y no se comenta (en ambas direcciones), al final el que sufre las consecuencias es el paciente, porque la incidencia no se solventa, y se tiene que quedar más días ingresado.

Otro tema importante en la comunicación fisioterapeuta-traumatólogo es que hay pacientes que por sus características propias se recupera en seguida, y otros que es imposible porque están demenciados, por la edad, o por las características de su situación clínica, que no les permite colaborar en la sesión de rehabilitación, y no se consigue avanzar nada. Por tanto, es información importante que debe saber el cirujano para que pueda tomar las medidas oportunas con ese paciente (traslado, tratamiento por medicina interna,...).

*“Es que aunque sea en el pasillo...”oye, que he levantado a la paciente del número tal, y que la veo muy floja, que no quiere...” “pues bueno, tranquila, déjala que mañana la vemos”. Pues eso, que es una cosa que en 10 segundos se hace, pues si no lo intercambias, pues a lo que da lugar es que tú no sabes qué hacer con ella, yo no sé qué pasa, y al final pues eso...días, más días”*

*“Eso es, o sea, hay pacientes que con un fisio al lado, se ponen andar como unas máquinas, otros que necesitan un poco más de apoyo, y otros que es imposible, y que hablamos muchas veces con vosotras y*

*nos decís que es imposible. Por eso, mi pregunta antes de nada al paciente es ...¿caminaba? Y me dicen... "si, iba a por el periódico todos los días"...pues en principio ese paciente es recuperable. "pues muy mal, necesitaba un andador, ¿por qué?"..."pues mire usted, si antes caminaba mal, ahora va a caminar peor" siempre digo lo mismo, y nunca...o casi nunca, me equivoco."*\*

En relación a si la rehabilitación es causa o no del aumento de la estancia media, los informantes creen que no influye en el alargamiento de las estancias (porque como mucho sería uno o dos días), siempre y cuando se respeten los tiempos, y la coordinación entre equipos sea buena, es decir, que si la evolución desde la cirugía va bien, el traumatólogo haga el parte interconsulta a rehabilitación el cuarto día post-cirugía, para que el médico rehabilitación valore al paciente en su quinto día, y el fisioterapeuta pueda comenzar su trabajo el sexto día.

En cualquier caso, sí que requieren un programa de rehabilitación más intenso, tanto en la clínica como en el domicilio, para acelerar la recuperación de la autonomía del paciente.

En relación a la gestión de camas y clasificación de pacientes, como ya hemos comentado anteriormente, los informantes solicitan a la Dirección de la Clínica que les ingresen todos los pacientes de traumatología en su planta, para poder tenerlos más controlados, tener a un equipo de enfermería entrenado y poder seguir los protocolos establecidos.

METACATEGORÍA C: Existencia, seguimiento y evaluación de protocolos.

Hay una opinión unánime entre los informantes acerca de la existencia de protocolos de prótesis de cadera así como de atención de urgencias o actuación ante posibles incidencias con los pacientes, y la mayoría de los traumatólogos opinan que:

- Los protocolos están en los controles de enfermería, pero que es verdad que no se siguen.
- Para algunos, en parte la culpa de que no se sigan los protocolos es de los propios cirujanos, que no insisten en ello.

---

\* Texto del discurso del traumatólogo codificado como número 3.

“Hombre, si lo hay...lo que pasa es que muchas veces, nosotros mismos los cirujanos no insistimos en ello, pero...si, si lo hay. De actuación precoz...”\*

- Que el personal de enfermería que comienza a trabajar por primera vez en el servicio, no sigue los protocolos porque tienen excesiva carga de trabajo, y no les da tiempo a mirarlos.
- Que el personal de enfermería en la planta de traumatología cambia constantemente, y si este hecho se le une a que los pacientes operados no están ingresados siempre en la planta de trauma, les resulta muy difícil contar con un equipo formado y entrenado en este tipo de cirugías.

*“Parcialmente. Nosotros quisiéramos tener todos los pacientes operados en una misma planta, porque así tendríamos una enfermería entrenada mañana, tarde y noche para llevar a esos pacientes. Igual con celadores, y auxiliares preparados, porque como sabes son pacientes que...levantarlos o mover una prótesis de cadera no es una cosa estándar, hay que saber hacerlo. Entonces, como en esta clínica lo que hacen es cambiar continuamente la enfermería, pues hay un problema horroroso...que no nos siguen los protocolos. O sea, nosotros tenemos un protocolo sonda vesical se quita a las 48 horas, y al mismo tiempo se suspende el antibiótico, porque tener una paciente sondada más tiempos, que ya viene con cistitis,...tenerla más tiempo es aumentar la tasa de infección, a los que ya la traen, y a los que no, añadirla. Se producen bacteriemias, infecciones...y puf! Entonces ya la liamos. Entonces yo creo que se necesita un protocolo, que está puesto en todos los controles, que insistimos a las enfermeras en seguirlo...que las que ya nos conocen no hace falta, que son ellas las que nos dicen “hemos...”, pero a otras hay que explicarles que hay que hacerlo.”\**

- Que, por el contrario, sí han conseguido definir e instaurar un protocolo de actuación médica con los pacientes que ingresan por urgencias con una fractura de la cadera, y a los cuáles hay que estabilizar hemodinámicamente, así como la medicación habitual, antes de la implantación de la prótesis. Por tanto, se consigue realizar la cirugía en tiempos inferiores a otros centros, así como evitar complicaciones durante estancias preoperatorias prolongadas.

Sólo en el caso de uno de los informantes, que como ya hemos comentado, en todo momento durante la entrevista su intención fue dejar en buen lugar a la clínica, así como

---

\* Texto del discurso de un traumatólogo del Hospital.

\* Texto del discurso de Jefe del equipo del Hospital.

resaltar la efectividad del servicio, la opinión es que los protocolos se cumplen a la perfección, y que se ponen en marcha inmediatamente.

En definitiva, hay protocolos pero no se siguen por falta de tiempo, carga de trabajo, falta de formación y de insistencia por parte de los cirujano,...y eso puede llevar a la aparición de complicaciones, como por ejemplo, una infección urinaria por no haber retirado a tiempo la sonda vesical.

#### METACATEGORÍA D: Gestión de la Dirección Médica.

Los cirujanos nos informan de que han expuesto el problema de los pacientes de prótesis de cadera que podrían tener el alta hospitalaria teniendo en cuenta la evolución de la cirugía, pero que no se la pueden dar por la existencia de patologías a otros niveles, ya sean insuficiencias cardíacas, respiratorias, anemia, infecciones,...y que, según los traumatólogos, deberían de pasar a cargo de Medicina Interna, o bien tener un Geriatra en el equipo que hiciera un seguimiento intensivo de estos pacientes desde el día del ingreso. Pero hasta el momento no les han dado solución.

Los informantes creen que el equipo de Medicina Interna no quiere absorber los pacientes con complicaciones referentes a su especialidad que han sido operados de prótesis de cadera, porque son pocos en plantilla y no darían abasto con todos los pacientes. Pero claro, la consecuencia de ellos es que los traumatólogos tienen que hacer un parte interconsultas, y pasan dos días hasta que el paciente es valorado por el internista, por lo que la patología se ha podido complicar en ese tiempo.

Por otro lado, admiten que nunca les han llamado la atención por los resultados de las estadísticas, refiriéndonos en este caso a los días de estancia media del GRD 818, bastante por encima del estándar que la Clínica ha considerado, aunque sí les han dicho que los períodos de estancia son largos.

En este sentido, la mayoría de los cirujanos se queja de la Dirección Médica de la Clínica, pues no entienden que les digan que den las altas médicas más pronto, y en



cambio no ponen medios para solucionar los problemas sociales de sus pacientes, que para ellos es algo prioritario, pues parece obvio que no van a dar el alta a un señor de 90 años que vive sólo y que apenas sabe caminar con el andador tras la intervención.

En relación a los costes, están de acuerdo en que el personal de la clínica no sabe de gestión clínica, y no sabe lo que cuesta lo que se hace, pero que hay un buen uso de los recursos y nunca falta de nada.

Una de las soluciones que aportan a la Dirección Médica para salvar la situación de los pacientes de prótesis de cadera es que se contara con una unidad especializada en traumatología, asemejada a las Unidades de Corta Estancia (U.C.E.) con personal especializado, donde los pacientes recibieran una rehabilitación precoz e intensiva, y los médicos pudieran comprobar la evolución. Para ellos, probablemente esto sería más barato que tener que trasladar a todos los pacientes operados desde su casa a una clínica concertada en ambulancia cada día de la semana de lunes a viernes para hacer la rehabilitación, durante al menos quince días, hasta que el médico rehabilitador correspondiente le diera el alta o el paciente recuperara la autonomía como para ir al centro por sus propios medios.

Otra posible solución para mejorar las estancias medias pasaría por hacer un informe social del paciente, para estudiar si es recuperable o no, llevado a cabo por un equipo multidisciplinar (traumatólogo, rehabilitador y fisioterapeuta). Posteriormente se valoraría qué se va a hacer con el paciente, si necesita o no un punto de apoyo en otro centro, que ayudaría a recuperar a muchos pacientes, y que con los métodos actuales, el fisioterapeuta puede estar en contacto directo con el cirujano, y si algo va mal, se valoraría al paciente en las revisiones en la consulta externa.

En el caso de los pacientes con problemas sociales, ya sean porque no tienen familia y viven solos, o bien porque no tienen acondicionado el domicilio para la nueva situación clínica, el caso se debería pasar a un asistente social que es el que tiene los recursos para buscar vías de solución. Los informantes opinan que con la contratación de un asistente social por la Clínica ésta se ahorraría mucho dinero, porque desde el momento que el paciente ingresa por urgencias y se hace la valoración, podría comenzar a gestionar su traslado tras una óptima recuperación de la cirugía, bien a un centro concertado o bien a

una residencia privada, acortando de ese modo en muchos casos las estancias hospitalarias.

*“Pues yo creo que lo que más haría falta sería un asistente social, y se ahorraría mucho dinero eh? que tu puedas decir, mira “que operamos a este paciente el jueves...” Y sobre todo para nosotros, que son pacientes muy mayores...búscame un sitio donde la pueda meter porque está sola” porque a nuestro cargo, tardarías 20 días más. ”\**

METACATEGORÍA E: Actividad médica del servicio de COT.

En relación a la variabilidad clínica y de resultados en prótesis de cadera entre el equipo de traumatólogos de la Clínica y los traumatólogos externos, los informantes están de acuerdo en que no se pueden comparar los tipos de intervenciones a desarrollar por ambos. El cirujano externo realiza una cirugía programada, ortopédica, a un paciente relativamente joven (en comparación con el anciano que ingresa por fractura de cadera), que sufre desgaste de la articulación y dolor por artrosis u otra patología articular, y que le impide continuar normalmente con su vida, pero que entra caminando el día del ingreso. Por tanto, las características clínicas y la forma física es buena, y la recuperación es rápida. Lo normal es que se vayan de alta hospitalaria andando con muletas.

Es más, uno de los informantes nos comenta que si ingresa por urgencia por fractura un paciente de uno de los traumatólogos externos, es frecuente que lo avisen pero que no vaya a operarle, sino que lo deje en manos del equipo de la Clínica.

*“Ponen prótesis de cadera, pero ortopédicas, en el sentido de que es por artrosis y cosas de esas...no vienen a operar una fractura ellos. Algunos que tienen una prótesis puesta por un trauma externo y se han caído y se han roto, pues les llamas y generalmente te dicen que muy bien, que le operes tú que ellos no tienen tiempo de ir allí.”\**

En cuanto al tipo de cirugía de prótesis de cadera que se hace en la Clínica, los informantes están de acuerdo en que es una prótesis traumática de urgencia, por ser un paciente mayor pluripatológico que tras una caída ingresa y se le diagnostica la fractura

---

\* Texto del discurso de un traumatólogo del hospital.

\* Texto del discurso de un traumatólogo del Hospital.

de cadera. De no ser por eso, no sería un paciente candidato a una prótesis por una cirugía ortopédica porque serían mayores los riesgos que los beneficios a obtener, pero en el caso de la fractura no hay otra solución.

En la Clínica, la prótesis de cadera es la segunda cirugía más frecuente en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, tras la placa tornillo deslizante como solución a la fractura pertrocantérea. Se hacen como máximo dos cirugías al día, porque según los informantes, no da tiempo a más en la mañana.

En cuanto a las diferencias entre las prótesis parciales de cadera y las prótesis totales, según los informantes hay diferencias entre las prótesis parciales y totales en cuanto al número de días de hospitalización y el consumo de recursos. La prótesis parcial se pone normalmente a un paciente anciano polimedicado y con patología multiorgánica importante. La prótesis total en cambio, se pone en una articulación afectada de artrosis, a un paciente más joven, y la recuperación es mucho más rápida, porque saben de antemano que va a volver a andar.

El paciente de prótesis parcial suele ingresar por fractura de cadera, y el de la total es un paciente que hace su vida normal, pero que le duele al andar, aunque sea un paciente anciano también.

*“suelen venir por una fractura, y el otro es un paciente que hace su vida, que le duele pero que hace su vida, le duele al andar. Que también puede ser paciente anciano...pero no tiene nada que ver, porque la actividad es diferente, de hecho el alta estadísticamente es mucho más rápida, salvo complicaciones de una prótesis total a una parcial”\**

Según los informantes, las estancias medias prolongadas son debidas a los pacientes con prótesis parciales, que se complican con problemas médicos y no traumatológicos.

*“el planteamiento con esos otros pacientes es distinto, tu les dices “usted tiene artrosis y le duele, tiene 2 opciones, o se opera y se pone la prótesis asumiendo los riesgos de la operación, pero sabiendo que va a poder volver a caminar sin dolor, o se queda con los dolores, tomando analgésicos”. Se lo estás diciendo a gente muy concreta y que tiene mejores condiciones que las que tienen los otros...hombre, alguno tiene alguna enfermedad, pero es que los que vienen por fractura de cadera son mucho más mayores y tienen*

---

\* Texto del discurso de traumatólogos del Hospital.

*muchas más enfermedades. Y en el caso de la artrosis, si la persona tiene complicaciones como insuficiencia cardiaca o renal, le puedes decir que es arriesgado operarse, y que mejor se piense si se aguanta con el dolor, porque es una cirugía muy agresiva. Pero en el caso del anciano que se ha caído, y que tiene las mismas insuficiencias, no le puedes dar la opción de no operarse, porque eso significa que va a quedarse encamado, y a morir escarado, y tendrá que quedarse un tiempo ingresado. Otros no se operan pero el estado general no es tan malo, y quedan como un girledstone, y llegan a caminar con su cadera rota. Hay otros que directamente hemos rechazado poner una prótesis, porque es gente que previamente no caminaba...sería como poner el motor de un ferrari a un 600...por mucho que se lo pongas, no va a funcionar. Entonces lo que hacemos es dejarles, porque tampoco los podemos mandar a casa, entonces a veces la estancia es más larga que a un tío al que has operado. Tiene que estar aquí, ingresado, y luego ya a casa.”\**

En relación a la planificación del alta hospitalaria, todos los informantes están de acuerdo en que planifican el alta desde el día de ingreso del paciente, en el momento en que hacen la primera valoración. Le explican a la familia en qué consiste la cirugía, y que habitualmente están ingresados de siete a diez días, salvo complicaciones que obliguen a transfundir, a poner antibiótico,...y que siempre depende de los resultados de las analíticas. A partir del día de la cirugía, el médico que ha realizado la intervención se hace responsable de ese paciente, pasando visita diariamente. El problema de ser pacientes ancianos pluripatológicos es que surgen complicaciones y las estancias se alargan 20-30 días.

Para los informantes, el problema es que hay familias que esperan a buscar soluciones el día que se le va a dar el alta al paciente, por lo que piden al cirujano que les dejen el fin de semana, o hasta que encuentren una residencia adecuada a sus posibilidades.

Cuando contaban con centros concertados donde derivar a los pacientes con problemas sociales, hacían el informe de alta el mismo día de la operación para ir tramitando el traslado a otro centro, o al domicilio con ayudas y con supervisión por parte del equipo de atención domiciliaria, incluido el fisioterapeuta.

---

\* Texto del discurso del traumatólogos del Hospital.

## METACATEGORÍA F: Formación del personal.

Los informantes dicen que no han apreciado fallos en la práctica clínica por falta de formación en el personal de enfermería y auxiliar, porque de haberlos habido, se hubieran dado cuenta. Pero sí reconocen que durante los fines de semana, que hay celadores nuevos, ha habido algún problema por una mala movilización, y el paciente se da cuenta de que le ha pasado algo. Según ellos, es importante la formación de la gente nueva porque las prótesis de cadera hay que saberlas manejar, hay que poner una almohada entre las piernas para evitar la luxación, poner un alza en la silla al sentarlas para que siempre la cadera esté más alta que las rodillas,...y para eso sí que debería haber formación, porque aunque si no la tienen, deberán formarse entre los compañeros.

*“Es que levantar un paciente de prótesis de cadera no es cosa de nada, porque parece fácil si lo hace un celador que sabe, pero se puede convertir en una especie de epopeya si lo hace una persona que no sabe. Primero, porque se puede hasta hacer daño, y hacer daño al paciente, lógicamente. Y esos pacientes se dan cuenta, o sea esas cosas...y te dicen, “el otro día vino uno que no sabía” porque a lo mejor están acostumbrados a que venga uno de los veteranos, que lo hacen como coser y cantar. Pero llega otro más jovencito, o que no ha estado aquí antes, y lo hace tan complicado tan complicado que hasta hace daño a la paciente.”\**

Las prótesis totales tienen más posibilidades de luxarse que las parciales, y el personal de enfermería y auxiliar tiene que tener cuidado al realizar las movilizaciones del paciente, porque una luxación supone el fracaso de una cirugía, y la llegada de complicaciones.

Es decir, para los traumatólogos es muy importante la formación continuada tanto de enfermería como de celadores y auxiliares, por lo que lo han propuesto muchas veces, pero no han obtenido respuesta. Hay muchos profesionales que no saben en qué consiste una prótesis, y en consecuencia luego aparecen las complicaciones. Hubo un tiempo en que se dieron cursos, pero de esa enfermería parece ser que ya no queda nada. Antigüamente, según nos cuentan, el control de enfermería asignado a traumatología era el control de formación, y pasaban por allí todas las enfermeras nuevas que venían de la

---

\* Texto del discurso de un traumatólogo del Hospital.

Clínica, y esas entonces sí que sabían lo que había que hacer. El problema es que de esa generación queda poca gente, y que ahora a los nuevos no se les forma.

METACATEGORÍA G: Valoración por parte del personal asistencial de la estancia media en prótesis de cadera.

Como hemos dicho anteriormente, para los informantes las estancias medias preoperatorias son poco menos que inevitables, aunque han conseguido reducirlas al máximo gracias a la coordinación entre diferentes servicios y la elaboración de un protocolo de actuación en urgencias.

En cuanto a los días de estancia media en prótesis de cadera, la mayoría de los informantes (exceptuando uno de ellos, que como hemos dicho en otras ocasiones, parece que intenta obviar la realidad, y en este caso también dice que los días de estancia son adecuados, salvo algunos pacientes que el problema es de asistente social) opinan que las estancias son prolongadas, y que las de más de veinte días no son habituales, pero sí más frecuentes de lo que deberían.

Para ellos, lo ideal sería que el paciente estuviera hospitalizado entre 5-7 días, máximo 10, porque a partir de ese momento empiezan con complicaciones tales como infecciones, insuficiencias respiratorias y cardíacas,...y aumenta la morbilidad, además de que se consumen más recursos, porque además de los materiales, hay que cursar partes interconsultas a otras especialidades, por lo que también se alargan las estancias, que suponen más gastos.

METACATEGORÍA H: Pacientes con problemática social.

El problema con los pacientes que viven solos, o que son muy mayores y no tienen familia que se haga cargo de ellos, es que no hay ningún centro concertado donde trasladarlos hasta que se recuperen de la cirugía, o al menos recobren la autonomía suficiente para realizar sin esfuerzo las actividades de la vida diaria. Antes se contaba con dos centros para derivar a este tipo de pacientes, y había una cierta facilidad para trasladar al paciente sin problemas cuando se solicitara, sólo a expensas de que hubiera camas. Pero ahora el problema es que no se cursa la petición desde la sociedad médica,

por lo que tienen que dejar ingresados en la Clínica a todos los pacientes con problemática social.

Hasta ahora se hacía un informe tras operar al paciente, se mandaba a la jefa de enfermería, que cursaba la petición y un médico valoraba si era o no rehabilitable. De serlo, se solicitaba cama en uno de los dos centros concertados con el que la Clínica tenía firmadas alianzas, y se trasladaba al paciente en el momento. Así sí se cumplían los tiempos de estancia media descritos por el estándar.

Para los cirujanos, es fundamental que se solucionen los problemas sociales de estos pacientes, para evitar complicaciones y mejorar el funcionamiento del servicio. Y porque para ellos, como médicos, su función no termina en colocar la prótesis del paciente, sino en que al darle el alta el paciente pueda volver a su vida ordinaria.

*“Yo creo que eso es fundamental, que te solucione alguien dónde vas a llevar al viejete...es que es una cosa que dices ¿cómo le voy a echar yo a la calle? Y aunque por mucho que te digan que por problemas sociales no vas a alargar la estancia, pues le dices...mira, se lo paso al gerente para que me diga qué hago con él, claro...no le vas a echar...¿y yo qué hago? Es que es lógico, vamos. Y yo creo que pasa en la pública y en la privada”*

*“Y con los pacientes de problemática social, porque no tengan...Eso es...terrible!”*

*“Y de los problemas sociales... Bueno...eso ya...mejor no hablar!”\**

Muchos de los pacientes con problemas sociales los solucionan con el sistema de atención domiciliaria, y cuando no tienen ningún tipo de infraestructura en la casa, se les indica la residencia privada, pero el problema es que muchos de ellos tienen pensiones muy bajas y no alcanzan a pagar las mensualidades de las mimas.

Para los informantes, el problema es la falta de un asistente social en el equipo de atención interdisciplinar que atiende a los pacientes de prótesis de cadera. Para ellos, sería la mutua de los funcionarios la que se tendría que encargar de los problemas sociales de sus afiliados, pero parece ser que no lo hace, alegando que para eso tiene contratada una sociedad privada. Como desde ésta tampoco se hace nada, el problema sigue sin solución.

---

\* Texto del discurso de los traumatólogos del Hospital.

Para ellos, la solución a los problemas sociales pasaría por:

1. Realizar una valoración del paciente (capacidad de marcha previa y de manejo en casa) y del domicilio (barreras arquitectónicas).
2. Pasar el caso al asistente social si es necesario para la gestión de un centro concertado.

Para ellos, no hay diferencia en el tema social entre los pacientes con póliza del Estado y las pólizas privadas, que tampoco tienen cobertura social, por lo que se tendrían que pagar una residencia privada, como tiene que hacer muchísima gente.

Además, otros dos grandes problemas de los pacientes de este tipo, según los informantes, es que por un lado, si el paciente clínicamente está bien, sigue a cargo de su traumatólogo, que tienen que pasar a verle todos los días. Por otro lado, como ya hemos dicho, el aumento de días de ingreso hospitalario va asociado a aumento de las posibilidades de contraer una infección, con las complicaciones clínicas que ello supone para un paciente de estas características.

Por todo ello, se hace un llamamiento a la Dirección Médica desde todo el personal para poner solución a este gran problema.

## **ANÁLISIS DE METACATEGORÍAS DE LAS ENTREVISTAS A PACIENTES**

**METACATEGORÍA A.** Valoración de la calidad asistencial, y nivel de satisfacción de los pacientes.

Todos los pacientes en general valoran como buena la calidad asistencial recibida durante su estancia hospitalaria, haciendo hincapié alguno de ellos en lo agradable que es que te atiendan siempre con una sonrisa.

Así mismo, valoran positivamente el grado de conocimientos y habilidades de los profesionales que los atienden, tanto de los médicos y enfermeras como del personal auxiliar, que les ayudan a levantarse de la cama y a moverse.



Se les ha entregado un cuestionario para valorar la calidad de la asistencia prestada, el cuál se recoge en el momento del alta del paciente.

En relación al nivel de satisfacción de los pacientes con el trato recibido durante su estancia hospitalaria, todos están muy satisfechos con los cuidados percibidos, con la amabilidad y educación del personal sanitario. Destaca el hecho de que las enfermeras estén pendientes de que se cumplan las normas posturales y recomendaciones dadas por el cirujano, así como la rápida actuación ante una complicación en el proceso evolutivo de la cirugía.

En cualquier caso, no quieren decir que no haya alguien con peor carácter, con un mal día, o que se hayan demorado en la prestación de un servicio en un momento dado por estar ocupados, pero en el cómputo global no lo tienen en cuenta.

La totalidad de los pacientes nos comentan que los médicos que les atienden les transmiten confianza y tranquilidad, tanto por la sonrisa con que les atienden como por el trabajo en equipo que desarrollan.

Un punto a favor de ese nivel de confianza transmitido es el hecho de que el paciente conozca quién es el médico responsable de su cirugía, y que sigue de cerca el proceso de su recuperación.

La parte negativa en lo que respecta a la calidad de la asistencia prestada se refleja en las quejas que han expresado los entrevistados, que principalmente son del sector servicios.

#### **METACATEGORÍA B. Protocolos y actividad de los profesionales sanitarios.**

En lo relativo al pase de visita médica diaria, todos los pacientes aseguran que ha sido diaria de lunes a viernes.

Como pudimos ver en capítulos anteriores, el médico responsable de la cirugía tiene el deber de explicar de forma clara y detallada todo el proceso de la cirugía, así como en qué va a consistir la posterior recuperación del paciente, entregando dicha información

por escrito, junto las recomendaciones pertinentes para el postoperatorio más inmediato en el domicilio, en lo que se refiere a cuidados básicos, normas posturales y ejercicios a realizar con el miembro operado. Según el discurso de los pacientes, sí se les ha dado una información detallada, principalmente al paciente operado por el Jefe de Servicio .

En el caso de una paciente, afirma que recibió la información pero en un lenguaje no comprensible ni para ella ni para las hijas, por lo que no saben muy bien qué se le ha realizado.

En todos los casos, se ha recibido información adecuada de cada intervención por parte del personal de enfermería a lo largo de los días de ingreso hospitalario.

En relación con los horarios establecidos para visitas médicas, curas, medicación,...están de acuerdo en que se suelen respetar, aunque en algún caso se haya tardado demasiado en levantar y asear a alguno de los más dependientes.

Respecto a la rehabilitación, según el discurso de los informantes, a partir del tercer día después de la cirugía normalmente los pacientes reciben una sesión de fisioterapia diaria de lunes a viernes, donde aprenden a caminar con la ayuda del fisioterapeuta, que les explica y guía en la realización de los ejercicios adecuados para la recuperación de la masa muscular y de la movilidad, con el objetivo de fortalecer la musculatura atrofiada por el período de convalecencia y afectada en la intervención quirúrgica. Los ejercicios se repetirán, según recomendación de la fisioterapeuta, 5-6 veces al día. Es la propia fisioterapeuta la que explica también las normas posturales a tener en cuenta para evitar la luxación de la prótesis.

En ninguno de los casos estudiados se ha seguido un programa de rehabilitación previo a la intervención, con el objetivo de ganar masa muscular para facilitar la posterior recuperación y la reeducación de la marcha. Tampoco se les ha facilitado ninguna pauta de ejercicios para realizar en el domicilio tras el alta hospitalaria.

En lo referente a la previsión del alta médica y de las fechas de revisión, se puede decir que en la mayoría de los casos el alta no ha sido planificada, sino que les han avisado el mismo día durante la visita médica, pero en cambio sí se han previsto las fechas de revisión en consulta de traumatología.

Respecto al alta hospitalaria, el paciente operado por el Jefe de Servicio tenía el alta planificada, pero se tuvo que retrasar por la aparición de febrícula. En el caso de otra paciente, la prolongación de la estancia hospitalaria se debió en un primer momento a la aparición de una infección del tránsito urinario, y posteriormente a que las hijas solicitaron unos días más de ingreso hasta que encontraran un centro donde poder trasladar a la paciente hasta que recuperara su independencia y pudiera volver a casa.

Respecto a los posibles fallos en la práctica médica los cuáles se pueda considerar que han sido causantes de una prolongación de la estancia hospitalaria, los pacientes nos comentan lo siguiente:

- En otro paciente, según la mujer, en quirófano no fueron previsores y no le realizaron una transfusión sanguínea, por lo que al día siguiente de la cirugía cursó con una hipotensión severa.
- Durante dos noches, a las enfermeras se les olvidó retirar la medicación, pero el paciente reconoce que lo importante es ponerla a tiempo.
- En el caso de la paciente con infección del tránsito urinario, la sonda vesical se le retiró el 3º día después de la intervención.

METACATEGORÍA C. Características de la cirugía y de los pacientes.

A uno de los pacientes se le ha colocado una prótesis total de cadera, siendo el motivo de la cirugía una artrosis severa de cadera (70 años). Ese trata de un paciente activo, e independiente para las ABVD antes del diagnóstico de la enfermedad. A pesar del dolor y la limitación funcional causada por la misma, entra caminando por su cuenta al hospital. Resulta una cirugía programada desde la consulta de traumatología, y el paciente ingresó el día anterior a la intervención. En general, el paciente con artrosis y necrosis de cadera afirma haber perdido masa muscular e incluso ósea durante el período de convalecencia, debido a la disminución en la actividad física diaria, considerando que la enfermedad ha afectado a su calidad de vida, debido a la limitación funcional, que en los últimos meses les había obligado a depender de la ayuda de un familiar para vestirse o desplazarse.

En el caso de la paciente a la que se le ha implantado una prótesis parcial de cadera (77 años), ha ingresado en el hospital por el área de urgencias tras una caída, y un período

de convalecencia en el domicilio con incapacidad para la movilización y diagnóstico de contusión, hasta que el médico de asistencia domiciliaria diagnostica una posible fractura de fémur. Por tanto, finalmente se ha tratado de una cirugía urgente. A pesar de la edad, es una paciente independiente para las ABVD, que camina sin necesidad de ayuda técnica alguna, y que no tenía limitación funcional.

Referente a la edad, la paciente afirma que es una persona activa, sale a caminar todos los días y no necesita apoyo, por lo que la edad no es un valor de referencia que pueda llevar asociado un aumento de la estancia hospitalaria.

En ningún caso durante la estancia hospitalaria se vieron agravadas patologías de base de los pacientes en cuestión, y sólo comentan que los primeros días estaban algo desorientados, algo normal en un ingreso con cirugía y anestesia.

En cuanto a la evolución de la cirugía, en general todos los pacientes consideran que ha sido favorable, y que recuperarán su actividad diaria previa a la lesión.

En algunos casos, los pacientes creen no notar ninguna mejoría, pero desde el punto de vista de la intervención, aún existe un proceso inflamatorio, y habrá un período de convalecencia que respetar. Quizá el problema radique en la falta de información acerca de la cirugía y del proceso de recuperación por parte del médico responsable. En esta línea, por ejemplo, hay un paciente que se dice sorprendido de la buena evolución que está teniendo, porque no pensaba que iba a poder caminar apoyando la pierna afectada desde el primer momento.

En todos los casos, el dolor ha estado bien controlado en todo momento con la medicación pautada, aunque se notan cansados y con molestias al mover la pierna, algo en todo caso razonable.

Se ha detectado una infección de tránsito urinario, que habría que valorar si estaba asociada a la permanencia de la sonda vesical hasta el tercer día postquirúrgico. En este caso, la paciente comenta que la infección ha sido el motivo de prolongar la estancia hospitalaria.

METACATEGORÍA D. Problemas sociales.

De los pacientes entrevistados, ninguno ha recibido ayuda de los servicios sociales, ni información relacionada con las limitaciones a salvar en el domicilio con las que se van a encontrar en el postoperatorio más inmediato.

En cualquier caso, la paciente con prótesis parcial de cadera será trasladada a un centro de recuperación o residencia privada (debido a que la sociedad médica ya no cuenta con centros concertados de recuperación, y únicamente facilita rehabilitación a domicilio, el cuál en el caso de esa paciente no está adaptado a las necesidades del momento) hasta que recupere el nivel de independencia para las ABVD con el que contaba antes de sufrir la fractura de cadera. En este caso, han sido las hijas las que han solicitado a los médicos una prolongación de la estancia hospitalaria en la espera de una plaza en el centro elegido para la recuperación, y se ha consentido. De esta manera, se justifican las opiniones recogidas en las entrevistas realizadas a médicos y enfermeras del hospital privado.

En cuanto al apoyo familiar, todos los informantes cuentan con una buena red, por lo que se presupone que estarán bien atendidos. A este respecto, la mujer de uno de los pacientes se hacía la siguiente reflexión: “claro, porque yo ahora...estoy aquí, porque bueno, mi trabajo me lo permite...porque estoy segura que el personal de planta no puede estar haciéndole la cantidad de cosas que necesita que haga”\*. De esta manera podemos justificar las opiniones del personal de enfermería al respecto.

---

\* Texto del discurso del familiar de un paciente.

# ANÁLISIS DE VECTORES CUALITATIVOS

Tras realizar un análisis exhaustivo de las opiniones recogidas de los informantes en los grupos definidos en el proyecto de investigación, se agruparon en categorías y éstas en metacategorías, de las que surgieron los vectores cualitativos emergentes o dominios teóricos desde los que se explicarán los resultados obtenidos (se desarrollarán los capítulos de resultado, uno por cada uno de los dominios, y otro más de discusión global), y se extraerán las conclusiones definitivas de la Investigación.

Relación de metacategorías:

1. Valoración de la calidad asistencial prestada a los pacientes.
2. Coordinación del equipo asistencial y organización del servicio de COT.
3. Existencia, seguimiento y evaluación de protocolos.
4. Gestión de la dirección médica.
5. Actividad médica del servicio de trauma.
6. Formación del personal.
7. Valoración por parte del personal asistencial de la estancia media del GRD 818.
8. Pacientes con problemática social.

Relación de vectores cualitativos:

1. Calidad asistencial. Dentro de la calidad de la asistencia prestada a los pacientes sometidos a artroplastia total y parcial de cadera vamos a englobar varios de los ítems evaluados: valoración de la calidad por el personal médico y de enfermería, coordinación del equipo asistencial, seguimiento de protocolos, factores que influyen en la prolongación de las estancias.
2. Gestión de la Dirección Médica y del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gestión de formación continua especializada.
3. Gestión de pacientes con problemática social. Complicaciones asociadas al aumento de la estancia media.

## 1º VECTOR CUALITATIVO: CALIDAD ASISTENCIAL

Según los cirujanos, la calidad asistencial es buena, el problema según ellos es que los pacientes que se operan en la clínica son de edades avanzadas y con comorbilidades, motivo por el cuál la estancia hospitalaria es prolongada. En cambio, para la mayoría de los informantes enfermeros, la calidad de la asistencia prestada a los pacientes con artroplastia de cadera es deficiente y mejorable, sin relacionarla con las características clínicas del paciente. Desde la perspectiva de los pacientes sin embargo, la calidad de la asistencia recibida durante su estancia hospitalaria fue buena.

Se identifican los siguientes puntos débiles que conllevan un déficit de calidad:

- ✓ Fallan los tiempos (retirada de sondas, administración oral de medicación,...), hecho que conlleva una prolongación de la estancia por el aumento de complicaciones (infección del tránsito urinario, pérdida de tono vesical,...), así como un mayor consumo de recursos y costes. En ocasiones, el motivo de que no se hagan las cosas a tiempo es la carga de trabajo del personal de enfermería (por falta de personal sanitario y de organización del plan de trabajo), hecho que afecta también a la hora de cumplir con ciertas recomendaciones como son los cambios posturales a pacientes encamados, que tienen el objetivo de reducir o evitar las úlceras por presión.
- ✓ El personal de enfermería se queja de la atención de los cirujanos a los pacientes. Creen que son descuidados en el seguimiento clínico, y por ello se pasan por alto detalles que pueden traducirse en complicaciones (al no revisar las heridas quirúrgicas a diario, se pasan por alto indicios de infección. Si se infecta la herida quirúrgica, la antibioticoterapia se administra durante 7 días, días que se prolonga innecesariamente la estancia). Así mismo, coinciden en que escriben las incidencias en las hojas de enfermería, pero que los cirujanos no las leen, por lo que se pasan por alto indicios de futuras complicaciones.
- ✓ La falta de coordinación del departamento de enfermería afecta a la calidad asistencial. No están definidas las tareas por turnos, no se forma al personal nuevo y no hay un equipo fijo en el servicio de traumatología, formado adecuadamente y con experiencia, por lo que es difícil llevar un seguimiento adecuado del paciente. Para los informantes, cuando un mismo profesional hace el seguimiento diario del paciente, resulta más fácil detectar a tiempo incidencias

en la evolución de la cirugía. Los cirujanos sugieren que es necesario que las coordinadoras dejen al personal de la planta de traumatología fijo, porque están entrenados (es por este motivo que cuando necesitan cubrir puestos en otros servicios, se llevan al personal de traumatología).

- ✓ Para las enfermeras, es fundamental que el pase de visita médica se realice de forma conjunta y a una hora concreta establecida previamente, para de ese modo poder informar al médico de lo ocurrido al paciente, y ellas poder tomar nota de las indicaciones del especialista, con el objetivo único de acortar tiempos. Según dicen, los traumatólogos externos si pasan la visita médica con la enfermera responsable del paciente, no demandan tanta colaboración de las enfermeras, gestionan correctamente la interconsulta a rehabilitación y cuentan con estancias medias más reducidas.
- ✓ Según los informantes enfermeros, el equipo de cirujanos ha sufrido muchos cambios durante los últimos años, motivo por el cual no han formado un equipo compacto con unas ideas claras y unos protocolos marcados. Si el médico responsable de un paciente no está, dicen los informantes que nadie pasa visita ese día, por lo que son las enfermeras las que tienen que avisar al traumatólogo de planta, pero que como no conoce al paciente, no toma decisiones.
- ✓ La coordinación con el equipo de rehabilitación no es adecuada, el parte interconsulta no se cursa el día de la cirugía, y el médico rehabilitador no pasa visita diaria, por lo que hasta que el fisioterapeuta comenzaba las sesiones de tratamiento, pasan días que influyen directamente en la prolongación de las estancias. El personal de enfermería piensa en este sentido que los cirujanos tienen una actitud de dejadez. Por otro lado, los traumatólogos opinan que el retraso en el comienzo de la rehabilitación no influye en los días de estancia hospitalaria.
- ✓ La coordinación con el Servicio de Medicina Interna es buena, aunque se “pierden” los días en los que se tramita el parte interconsulta (2-3 días como mínimo desde que lo solicita el traumatólogo hasta que el internista valora al paciente).
- ✓ No existe un equipo multidisciplinar de atención al paciente con prótesis de cadera, por lo que es fundamental que exista una buena coordinación entre los diferentes servicios, con el fin de evitar alargamientos de la estancia. En consecuencia, la incorporación de un Internista o de un Geriatra y un asistente



social en el Servicio de Traumatología como han planteado a la Dirección Médica, aceleraría las altas hospitalarias.

- ✓ Existe una mala gestión de camas y clasificación de pacientes desde el departamento de Admisión del hospital. El servicio de COT cuenta con 37 camas en las cuáles ingresan otro tipo de pacientes, lo que obliga a tener pacientes traumatológicos periféricos, en otros servicios. Esto supone déficit de atención (el personal de enfermería de otros servicios no está entrenado en la atención al paciente con cirugía de cadera), así como pérdida de tiempo para localizar a los médicos, los pacientes,... En este sentido, los traumatólogos solicitan a la Dirección Médica que todos los pacientes traumatológicos sean hospitalizados en el Servicio de COT.
- ✓ Coordinadoras de enfermería y traumatólogos insisten en que los protocolos de cadera están en los controles de enfermería, pero que no se siguen por falta de insistencia por su parte. Como consecuencia, no hay una unificación de criterios a la hora de trabajar, el personal nuevo depende de sus compañeros para aprender las tareas propias del servicio, y no está clara la distribución temporal de las mismas. Al no seguir un protocolo estricto, no hay forma de evaluar la práctica enfermera, por lo que son los propios trabajadores los que analizan los problemas surgidos en la práctica diaria, como un alto índice de infecciones o de luxaciones, para detectar los fallos y poder evitarlos.
- ✓ Hay intervenciones por parte del personal sanitario que son innecesarias, pero que la familia las demanda, y al no poder apoyarse en un protocolo establecido, las llevan a cabo para evitar posibles reclamaciones.
- ✓ Las coordinadoras justifican la actuación de los traumatólogos alegando que en la Clínica se realizan cirugías muy complicadas, y de carácter urgente, ya que las programadas están descendiendo en número.

En definitiva, los informantes enfermeros están de acuerdo en que la coordinación del equipo asistencial y el seguimiento de protocolos específicos son de vital importancia para lograr unas altas cotas de eficiencia clínica, así como el fomento de los procesos de comunicación entre profesionales, la organización de sesiones clínicas conjuntas donde poder estudiar y analizar las complicaciones surgidas .

Al valorar la estancia media en pacientes con artroplastia de cadera, coincidieron en que las estancias preoperatorios son adecuadas, es decir, que se lleva a cabo una buena

gestión del paciente que ingresa por urgencias tras una caída con fractura de cadera. Son los traumatólogos los que comentan que han instaurado un protocolo de actuación médica con estos pacientes, gracias al cuál se ha conseguido realizar la cirugía en tiempos inferiores a otros centros de similares características, evitando complicaciones durante estancias preoperatorios prolongadas. Respecto a las prótesis totales, el ingreso se podría programar para el día de la intervención, evitando así un día de estancia en el hospital.

Según el personal sanitario, las estancias hospitalarias en pacientes operados de prótesis de cadera son prolongadas. Así mismo, reconocen tanto las enfermeras como los cirujanos, que cuando superan los diez días de ingreso (siendo lo ideal 5-7), comienzan a aparecer complicaciones, y aumento de reclamo de atención por parte del paciente, tanto en el área sanitaria como de hostelería. En este sentido, la opinión de las enfermeras es que el aumento de la estancia media por encima de los estándares, supone:

- Deterioro físico del paciente, cursando con atrofia muscular ocasionada por el encamamiento prolongado, así como deterioro psicológico (desorientación y alteración del estado anímico).
- Aumento de complicaciones, como infecciones respiratorias, urinarias, flebitis, o úlceras por presión.
- Aumento de carga de trabajo para los profesionales, porque son pacientes más demandantes y exigentes. Los familiares de los pacientes comentan que la asistencia es buena, pero que el personal de planta no es suficiente para atender las necesidades de los pacientes en el caso de que no tuvieran un familiar o acompañante que le asistiera .

## 2º VECTOR CUALITATIVO: GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN MÉDICA Y DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. GESTIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUA ESPECIALIZADA.

El personal de enfermería se queja del déficit de atención por parte de las coordinadoras de enfermería y de la Dirección Médica del centro, en tanto en cuanto no les facilitan la comunicación para transmitir quejas y/o propuestas de mejora.

No entienden el modelo de gestión, basado para ellos en un recorte del consumo de recursos humanos, que finalmente se traduce en un déficit de atención al paciente que concluye en un aumento de las complicaciones y en definitiva de la estancia media. Por tanto, existe un aumento considerable de consumo de recursos y costes.

Creen que la Dirección no concibe el centro como un hospital quirúrgico, y es por ello por lo que justifican que no les preocupen las estancias elevadas, por encima de los estándares. Para el personal de enfermería, no se hace nada para evitarlas, es más, creen que les importan las apariencias, y no los resultados. En esta línea, los traumatólogos dicen que la Dirección nunca les ha llamado la atención por los resultados de las estadísticas, aunque sí les dicen que tienen que dar las altas médicas con mayor celeridad, algo según ellos inviable si no les ponen los medios necesarios para solventar el que creen que es su mayor problema, los asuntos sociales.

Respecto a las estancias medias, los cirujanos se reafirman en que no son comparables los resultados de sus cirugías ni las estancias medias en el GRD 818 con las de los traumatólogos externos, puesto que las intervenciones son diferentes. Según ellos, la cirugía tipo de los traumatólogos externos es programada, ortopédica, a un paciente relativamente joven que entra caminando el día del ingreso, en comparación con el anciano con comorbilidades asociadas que les ingresa a ellos por urgencias con fractura de cadera. En definitiva, su opinión es que las estancias medias de las artroplastias de cadera se alargan incluso hasta los 20-30 días como causa de las estancias de las prótesis parciales, que se complican con problemas médicos y no traumatológicos.

En relación a los costes, no existe una contabilidad analítica, y por tanto no se controlan los gastos ni se repara en los costes. En este sentido, el personal de enfermería cree que

hay un consumo de recursos innecesarios propiciado por la mala praxis médica y la falta de seguimiento de protocolos (mantener una medicación por vía es mucho más costoso que la administración oral, además de las posibilidades reales de infección de la misma). En contraposición a esta opinión, los traumatólogos coinciden en que se hace un buen uso de los recursos.

En relación al material necesario para una excelente práctica diaria, creen que sería necesario disponer de más camas articuladas para asegurar el correcto manejo del paciente y el cuidado de la higiene postural del trabajador, colchones antiescaras y barandillas para las camas, pues debido a la desorientación de los ancianos tras varios días de ingreso, se dan caídas que condicionan un aumento de la estancia hospitalaria.

En definitiva, tanto el personal de enfermería como los cirujanos, proponen a la Dirección Médica como medida eficaz para disminuir las estancias en el Servicio de COT, crear una unidad específica de Traumatología con personal especializado en los tipos de cirugías a desarrollar, un protocolo específico y revisado periódicamente, un seguimiento diario del paciente, así como con un servicio de rehabilitación integrado, para facilitar a los pacientes un tratamiento precoz con el único objetivo de devolverles la autonomía lo antes posible y darles el alta hospitalaria. Es fundamental en este sentido, fomentar la independencia del paciente y gestionar los traslados al domicilio o centros concertados desde el día del ingreso.

El conjunto de los informantes enfermeros coincide tanto en que no reciben cursos de formación continua, como que los consideran imprescindibles para estar al día en los avances de técnicas quirúrgicas y de tratamientos, con el objetivo único de prestar una atención sanitaria de calidad. Principalmente, echan en falta la formación de celadores y auxiliares de enfermería, que son los profesionales que movilizan a los pacientes, tanto en la cama como en los traslados cama-sillón. Para ellos es fundamental conocer las técnicas de movilización, tanto para evitar lesionarse ellos mismos, como para evitar complicaciones en la evolución de la cirugía, como luxaciones. En este sentido, nos comentan que los fines de semana aumentan los casos de luxaciones o de quejas de pacientes por haber sentido dolor en la movilización, debido a que el personal no suele ser el habitual, y no tienen experiencia ni formación específica.

### 3° VECTOR CUALITATIVO: GESTIÓN DE PACIENTES CON PROBLEMÁTICA SOCIAL. PROBLEMAS ASOCIADOS AL AUMENTO DE LA ESTANCIA MEDIA.

Para los cirujanos, el hecho de que se trate de un hospital privado influye mucho en el problema social, pues los pacientes están convencidos de que porque pagan pueden exigir, y se pueden quedar ingresados hasta lograr una total recuperación. Nos comentan que en los hospitales públicos esta situación no es frecuente, porque o se dan altas sin más contemplaciones, o interviene el asistente social para agilizar los trámites de traslado a centros concertados o residencias donde poder hacer rehabilitación hasta recuperar la autonomía.

El personal de enfermería y los facultativos coinciden en que unos años antes había más plazas concertadas con centros de cuidados medios para el traslado de pacientes que requerían rehabilitación. En este momento, las plazas son escasas, por lo que muchos pacientes se quedan ingresados en la Clínica a la espera de una vacante, aumentando la estancia media y la probabilidad de que aparezcan complicaciones. Es decir, son pacientes que estarían dados de alta, pero que no se pueden ir al domicilio porque viven solos, o éste no está adaptado para las nuevas necesidades surgidas tras la cirugía. En otras ocasiones, es la familia la que solicita al médico que pospongan el alta hasta que encuentren plaza en una residencia, o adapten el domicilio del paciente. Éste ha sido el caso de una de las pacientes entrevistadas, que no podía volver a su casa porque las condiciones no eran las idóneas, y las hijas solicitaron al cirujano que pospusieran el alta del viernes al lunes para que les diera tiempo a encontrar plaza en una residencia privada.

Todos los informantes coinciden en que para solucionar el problema de las “estancias sociales” serían necesarias varias medidas:

- Realizar un informe del paciente el día después de la cirugía, en el que tomaran parte tanto el cirujano, como el médico rehabilitador, de forma que valorara la viabilidad de una recuperación total del paciente.
- Planificar el alta desde el día del ingreso, avisando a la familia del estándar de días de hospitalización para que se puedan organizar. Según los cirujanos, se hace, y según los pacientes, se les avisón del alta el mismo día.

- Inclusión en el equipo de un asistente social que pueda valorar al paciente en el momento de la cirugía, y gestione su traslado, las plazas en residencias privadas, o las medidas necesarias para adaptar el domicilio en los casos en los que no tienen familia cercana que se haga cargo de ellos.
- El equipo de atención domiciliaria funciona bien, pero se debe insistir en la aplicación de un tratamiento de rehabilitación adecuado a las características de la cirugía en el domicilio (hasta ahora se quejan de que las sesiones son cortas, de 10 minutos y que no solucionan nada), así como en la supervisión médica y enfermera hasta que se dé al enfermo el alta clínica.

## DISCUSIÓN GLOBAL DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Como se planteó en un principio, la presentación de resultados de la parte de metodología cualitativa concluye con un apartado de discusión global de los tres vectores cualitativos resultantes.

De este modo, podemos extraer las siguientes ideas generales:

1. La necesidad de instaurar una vía clínica para guiar la asistencia prestada al paciente del GRD 818, dando respuesta de este modo a la falta de protocolos, la descoordinación entre el personal, la falta de asignación de tareas y la planificación del alta hospitalaria.
2. Incorporación al equipo asistencial de un geriatra o internista que realice el seguimiento de los pacientes antes, durante y después de la cirugía, con el objetivo de identificar de forma precoz las posibles complicaciones, así como para ponerles tratamiento en el caso de que aparezcan.
3. Asignación de una enfermera del servicio como enfermera gestora de casos, que se responsabilizara de la elaboración de un informe social al paciente el día del ingreso, y de realizar las gestiones oportunas para que pueda cumplir con el alta el día planificado a tal efecto.
4. Desde la Dirección, evaluación y seguimiento del cumplimiento de la vía clínica así como del funcionamiento general del servicio, fomentando la formación continua y la práctica basada en la evidencia en aras de obtener la máxima excelencia en la atención prestada.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO

Se introdujeron en el estudio 70 de las 70 historias clínicas de pacientes con artroplastia de cadera, con un porcentaje de inclusión del 100%. En las Tablas 11A-11B se resumen los datos de las variables de estudio cuantitativas y cualitativas, respectivamente.

Los pacientes presentaron una edad media de 77,36 años (DE: 12,38), rango (40-95). El percentil 25 corresponde a 70,75 años y el percentil 75, a 87 años. El 65,7% de los pacientes eran mujeres, y sólo el 18,6% tenían una póliza privada del seguro de salud.

En la Tabla 12 y la Figura 1 se definen los porcentajes correspondientes a los grupos de edad definidos en el estudio, siendo el 45,7 % de los pacientes mayores de 81 años. Por el contrario, sólo el 24,3% de los pacientes son menores de 70 años, edad en la que se suele poner una prótesis total por desgaste de la cadera artrósica o por otro tipo de enfermedad reumática.

El Servicio de COT está integrado por los siguientes grupos, que por las diferencias encontradas tanto en el análisis cuantitativo como en el cualitativo, se ha convenido diferenciar: “equipo de traumatólogos del Hospital”(0); “traumatólogos externos” (1) que no forman parte de la plantilla contratada, pero que al tener “clave” en la Sociedad Privada pueden hacer uso de las instalaciones para operar a los pacientes que reciben en sus consultas; el Jefe de Servicio (2), y un traumatólogo del equipo interno del Hospital que por las características especiales de sus pacientes hemos valorado por separado como “otros”(3).

En la Tabla 11-B se describen los porcentajes de intervenciones por grupo de traumatólogos. Un 67% de los pacientes operados por el equipo de traumatólogos del Hospital son mayores de 81 años. En cambio, los pacientes del traumatólogo de la categoría “otros” fueron en un 80% mayores de 81 años (ver tabla 13).

El cirujano con menor edad media de los pacientes intervenidos es el Jefe de Servicio.



El 61,43% de los pacientes ingresaron en el hospital con diagnóstico de fractura de cadera, patología tributaria de tratamiento mediante artroplastia de cadera, que en este caso coincide en porcentaje con los casos de PPC (ver Tabla 14).

En cambio, hay una ligera variación con respecto a las cirugías de carácter urgente, que suponen el 58,6% de los casos, probablemente justificados por pacientes mal diagnosticados y dados de alta, que posteriormente son derivados desde consulta para someterse a la cirugía (ver Tabla 15).

La mortalidad en el año 2008 en artroplastia de cadera fue del 1,6%.

La estancia preoperatoria media es de 2,12 días (DE: 2,13), rango (0-8). Aparece un valor perdido correspondiente a un paciente sin historia clínica electrónica en el que no estaba registrado el día de la cirugía.

El 18,6% de las estancias prequirúrgicas son de 0 días, es decir, corresponden a pacientes con cirugías programadas que ingresan el mismo día de la intervención. Las estancias de un día (35,7%) serían evitables desde el punto de vista de la eficiencia clínica, llevando a cabo una correcta admisión del paciente y gestión de camas, ingresando de forma programada al paciente el mismo día de la cirugía. (Ver Tabla 16)

El resto de pacientes con estancia prequirúrgica (44,3%) son susceptibles de ser incluidos en el protocolo de manejo del paciente con fractura de cadera o del paciente frágil en urgencias de modo que las estancias se redujeran al mínimo posible.

La estancia prequirúrgica mayor o igual a 7 días ocurre en el 7,1% de los casos.

En la Figura 2 se representa la distribución de frecuencias de la estancia prequirúrgica.

La estancia postoperatoria media es de 11,55 días (DE: 7,56), rango (4-55). Aparece un valor perdido, al igual que en la estancia prequirúrgica. (Figura 3)

Como podemos comprobar en la Tabla 17, el mayor porcentaje de pacientes corresponde a estancias postquirúrgicas de más de 10 días (45,7% de los casos), hecho que supera cualquier recomendación basada en la evidencia.

La estancia total (pre y postquirúrgica) media es de 14,27 días (DE: 8,93), rango (4-55). El percentil 25 corresponde a 8,75 días, y el percentil 75 a 17 días.

La Tabla 18 nos permite observar que el 75.71% de los casos tienen asociada una estancia superior a 8 días, que es la asumida como estándar en base a los datos obtenidos de la bibliografía y de protocolos de atención de prótesis de cadera de diversos hospitales españoles.

La factura media de los gastos de hospitalización es de 3.405,58 euros (DE: 1.210,76), rango (1892-7815). El percentil 25 corresponde a 2.562 euros, y el percentil 75 a 3911,5 euros (Figura 4). Aparecen 17 casos perdidos que proceden de historias clínicas sin informatizar que no tenían incorporado el dato de facturación.

Si tenemos en cuenta que la estancia total media son 14,27 días y la factura media correspondiente a la hospitalización es de 3.405,58 euros, podemos asumir un coste diario medio de 238,65 euros. Si tenemos en cuenta que 53 pacientes han consumido 456 días de estancia hospitalaria susceptibles de reducirse tras la implantación de la Vía Clínica de Artroplastia de cadera, hablamos de un total de 108.824,4 euros anuales que se podrían ahorrar, sumados a la facturación de nuevos ingresos en esas camas que quedarían libres. Es decir, se duplicaría el beneficio, porque no sólo se puede dar el alta hospitalaria antes a los pacientes ingresados, sino que puedes disponer de las mismas para nuevas cirugías.

En la Figura 5 podemos observar la distribución de porcentajes por grupos de facturación. El 55,7%% de los casos tienen asociado un coste de hospitalización entre 2.001 y 4.000 euros, rango que engloba el coste medio.

En la Figura 6 observamos la relación entre el aumento de la estancia media y la facturación de los servicios prestados durante la hospitalización.

El equipo de cirujanos del Hospital es responsable del 51,4 % de las cirugías, el Jefe de Servicio del 24,3%, los facultativos externos del 17,1%, y el grupo “otros” del 7,1%.

## RESUMEN DE VARIABLES SEGÚN TIPO DE TRAUMATÓLOGO

En la Tabla 19 se recoge un resumen de todos los datos relevantes clasificados por grupo de facultativos, destacando que las facturas medias más elevadas corresponden al grupo de traumatólogos del hospital, así como a los denominados “otros”, así como las estancias prequirúrgicas, postquirúrgicas y totales.

En todos los grupos, hay mayoría de mujeres entre los pacientes, si bien es más significativo entre los traumatólogos del hospital, ya que en este caso suponen más del doble de casos.

En relación a la edad media, es más alta en el equipo “otros” y en el del hospital, siendo la edad más baja la de los pacientes del Jefe de Servicio.

Respecto a la estancia, tanto los externos como el Jefe de Servicio tienen estancias prequirúrgicas medias de un día, hecho que habría que valorar si es susceptible de reducirse con ingresos programados el día de la cirugía. La estancia postquirúrgica es más elevada en el grupo del hospital y en “otros”, coincidiendo en la cifra de 16 días de media.

A simple vista, no parece encontrarse diferencias significativas en cuanto al tipo de póliza de los pacientes, pues las pólizas privadas suponen el 17% en el caso del equipo del hospital, el 25% en los externos y el 23% entre los pacientes del Jefe de Servicio, correspondiendo el resto a mutualistas de colectivos concretos.

Respecto al tipo de cirugía, la mayoría de las PPC en pacientes con fractura las colocan los traumatólogos del hospital y los del grupo “otros”, coincidiendo con las cirugías urgentes.

En relación a los pacientes en los que se ha cursado algún tipo de parte interconsulta, sólo en el caso de los cirujanos externos supone el 50% de los casos. El resto, se acerca

al 100%. Concretando en relación a los partes a Medicina Interna, suponen el 55,6% de los pacientes del Hospital, el 50% de los externos, 23,6% de los del Jefe de Servicio y el 80% de los “otros”.

En cuanto a la rehabilitación, el 88,9% de los pacientes del Hospital tienen PIC a rehabilitación, el 58,3% de los externos, el 94,1% de los del Jefe de Servicio y el 100% de los “otros”, cursándose con 17 días de retraso de media en el caso del Hospital, con 3 en los cirujanos externos, 9 en el caso del Jefe de Servicio y 3 en el grupo “otros”.

El informe de alta es completo en aproximadamente el 80% de los casos en todos los grupos, excepto en el grupo de cirujanos externos, que es del 66%.

En relación a las complicaciones, los casos de micción tardía, por prolongación de la retirada de la sonda vesical, se dan en su mayoría entre los traumatólogos del hospital., así como las ITU, las flebitis y la única IHQ registrada. En cuanto a las UPP están todos representados por igual, excepto el jefe de Servicio que no cuenta con ningún caso.

Merece mención aparte por la importancia de su manejo la transfusión sanguínea, que supone un 77,8% de los pacientes en el grupo del hospital, un 58,3% entre los externos, un 64,7% en los pacientes del Jefe de Servicio, y un 40% entre los del grupo “otros”. Sorprende esta última cifra, puesto que los pacientes de este grupo tienen las mismas características basales que los del grupo 1, por lo que las necesidades de transfusión sanguínea deberían de ser las mismas. Este hecho deja entrever un posible mejor manejo de la volemia en el caso de los cirujanos del grupo “otros”.

Referente al destino al alta de los pacientes, regresan a casa en un 91,66% de los casos en el grupo del hospital, 75% en los externos, 88,23% en el Jefe de Servicio y un 80% en “otros”, hecho que deja a la luz la falta de derivación a centros concertados para la rehabilitación de la marcha y la funcionalidad en el paciente operado de prótesis de cadera.

El rango de la factura correspondiente a los 2.001-4.000 euros es el más frecuente entre los diferentes especialistas, si bien los que generan sin duda más costes al hospital son los traumatólogos del mismo. (Figuras 4, 5 y 6)

## ESTANCIAS MEDIAS

Las estancias prequirúrgicas son mayores en los pacientes operados por los traumatólogos del hospital y por el grupo “otros”, hecho que podría justificarse por el porcentaje de pacientes de dichos especialistas mayores de 80 años y con fractura de cadera. En cualquier caso, son estancias susceptibles de evitarse o, al menos, reducirse.

Los traumatólogos externos son los que tienen más cirugías programadas con ingreso el día de la cirugía (un 66% de los casos). Además, en un 8,33% de los casos, la estancia prequirúrgica de un día podía haberse evitado, puesto que probablemente esté justificada por una mala planificación del ingreso del paciente.

El Jefe de Servicio, seguido del equipo del Hospital, son los que más estancias prequirúrgicas de un día tienen, con un total de 23 (15 y 8 respectivamente), las cuales podrían evitarse con una buena planificación y seguimiento del paciente, con el consiguiente impacto en los costes asociados al GRD 818.

Las estancias prequirúrgicas de 7 y 8 días, superiores a la estancia considerada como óptima por la Dirección del Hospital, y asumida como tal tras el análisis de las vías clínicas en prótesis de cadera, están asociadas casi en su totalidad a los traumatólogos del equipo del Hospital. Por tanto, trabajando en esta línea para mejorar la calidad asistencial de los pacientes que ingresan con carácter urgente, se optimizarían recursos y se reducirían los costes, logrando una mayor eficiencia y efectividad en el proceso asistencial que nos compete.

Referente a la estancia postoperatoria, llama la atención que apenas hay un día de diferencia entre los tres grupos del hospital, siendo en cambio más reducida en los casos de los especialistas externos al miso.

La estancia media total es mayor en los traumatólogos del hospital (siendo algo menor en los pacientes del Jefe de Servicio, justificado quizá porque son pacientes de menor edad y por tanto con implantación de PTC). Las estancias de los pacientes intervenidos por equipos externos son las más reducidas. Sería interesante estudiar en un futuro la

metodología a seguir por dichos especialistas, con el objetivo de analizar el por qué de la diferencia en los resultados.

Según el análisis realizado en la Tabla 20, cruzando datos de la estancia media prequirúrgica, postquirúrgica y estancia total, con las principales variables de estudio que pueden influir en la misma, se han obtenido los siguientes resultados: la edad está relacionada con el aumento de la estancia media, siendo mayor a partir de los 81 años. El sexo mujer está ligado a una estancia media postquirúrgica y total superior, así como la presencia de fractura de cadera (y, por tanto, la colocación de PPC en el caso de los pacientes de este hospital, que coinciden). También el número de partes interconsulta cursados en cada caso parece estar ligado a un aumento de la estancia media, siendo más del doble a partir de 6 PICs. El retraso en comenzar la rehabilitación también supone en este grupo de pacientes un aumento de la estancia media en los tres tramos.

Respecto al estándar utilizado para la comparación en el estudio, el 100% de los pacientes del grupo “otros” superan la estancia media estándar para el GRD 818, el 91,7% de los del Hospital, y el 70,6% de Jefe de Servicio, siendo los cirujanos externos los que más se ajustan a los estándares, con un 25% de casos con estancia media total superior a 8 días (Tabla 21).

## TIPO DE CIRUGÍA

Los cirujanos del Hospital, y el grupo “otros”, realizan casi en la totalidad de los casos (91,7% y 100% respectivamente), cirugías de PPC en pacientes con fractura de cadera con ingreso urgente. En este sentido, los datos justifican los resultados, puesto que dichos facultativos son los que tienen estancias totales y estancias postquirúrgicas más prolongadas. Por tanto, la intervención para la mejora de la calidad irá dirigida principalmente a este sector.

En el caso contrario tenemos a los cirujanos externos y al Jefe de Servicio, con un 25% y un 11,8% respectivamente de PPC por fractura de cadera. En este caso, no se justificarían los resultados en estancias en los casos del Jefe de Servicio, puesto que las

PTC se recuperan antes, son pacientes más jóvenes, con mayor independencia en su vida diaria y con menos comorbilidades.

## PARTES INTERCONSULTA

En relación a la tramitación de partes interconsulta solicitados por los traumatólogos a otras especialidades, hemos obtenido una media de PIC cursados por paciente de 2,54 (DE: 2,536), rango (0-12) (Figura 7). En un 4,3 % de los casos no hay información acerca de la tramitación de PIC.

En un 42,8% de los pacientes se cursan PIC al servicio de Medicina Interna (Figura 8). Si consideramos una media de 2-3 días desde la petición de la interconsulta hasta que el especialista valora al enfermo y pauta el tratamiento correspondiente, son días susceptibles de evitarse si se contara con un geriatra o un internista en el equipo de traumatología, como sugiere la evidencia científica. Hay que añadir que cuando surge una complicación en la evolución clínica del paciente, y es necesaria la intervención del especialista para su valoración, esos 2 o 3 días son claves para la estabilización o la progresión de la incidencia (en este caso, la evolución clínica del paciente se complicaría, retrasando el momento del alta y por tanto aumentando el consumo de recursos).

Si cruzamos los datos de los PIC al servicio de Medicina Interna con la estancia media agrupada en función del estándar establecido en el estudio ( $EM \leq 8$  días), obtenemos los resultados disponibles en la Tabla 22. El 75,7% de los PIC cursados a Medicina Interna corresponden a pacientes con una estancia media superior a 8 días.

En un 85,7% de los casos se cursan PIC al servicio de rehabilitación. De ellos, el 57,1% se cursan con retraso, es decir, a partir del día 1 después de la cirugía. Según la revisión de vías clínicas de artroplastia de cadera (ver anexos), el PIC a rehabilitación se debería tramitar el mismo día de la cirugía tras la valoración del paciente en cuanto a si es rehabilitable o no. A este respecto, en el Hospital los PIC a rehabilitación se cursan con un retraso medio de 2,53 días (DE:3,166), rango (0-16), percentil 25 corresponde a 0 días, y el percentil 75 a 5 días.

Los traumatólogos externos son los que menos PIC cursan a rehabilitación con diferencia, sólo en el 58,3% de los casos. En cambio, en el resto de los cirujanos es casi el 100% de los casos. Este dato podría justificar la estancia media más reducida de los cirujanos externos, ya que los pacientes no hacen rehabilitación durante su estancia hospitalaria.

Por otro lado, los que mejor cumplen con el criterio de los protocolos revisados en relación al momento de tramitar el PIC a rehabilitación son los traumatólogos externos, hecho que podría reflejarse en la reducción de la estancia media. En cambio, los que más demoran la petición del PIC son el grupo “otros”, y el Jefe de Servicio.

Si a estos datos añadimos que una vez que está cursado el PIC a rehabilitación, la atención prestada por este servicio se demora más de un día en el 62% de los casos (Tabla 23), con una media de 1,36 días (DE: 2,18) , rango (0-9), habría que discutir si dichos días afectan a la prolongación de la estancia hospitalaria en el caso de los pacientes con artroplastia de cadera.

## INFORME DE ALTA

El 84% de los casos tienen el informe de alta informatizado, de forma que se ha podido revisar. De ellos, sólo en el 37% de los casos el informe contiene recomendaciones de ejercicios y normas posturales para evitar la luxación de la prótesis. Así mismo, sólo en el 44% de los casos el informe recoge una prescripción de rehabilitación domiciliaria. (Tabla 24).

Según lo observado en la Tabla 25, al 45,3% de los pacientes que regresan al domicilio en el momento del alta hospitalaria no les han prescrito rehabilitación domiciliaria.

## COMPLICACIONES

En un 77,14% de los casos (figura 10) aparecieron complicaciones clínicas durante la estancia hospitalaria, siendo las más relevantes: transfusión sanguínea (68,6%), flebitis (17%), trombosis venosa profunda (10%), pérdida de tono vesical causado por mantener más tiempo del necesario el sondaje (7%), infección del tránsito urinario (6%), úlceras



por decúbito (4%), edema de miembros inferiores (3%), infección de la herida quirúrgica (1%).

Como se puede comprobar en la Tabla 26, las complicaciones aparecen principalmente en las estancias mayores de 8 días, si bien son en todos los casos porcentajes relativamente bajos, excepto en el caso de la transfusión sanguínea en el postoperatorio.

Los cirujanos con mayor porcentaje de pacientes con complicaciones son el equipo del Hospital y el grupo “otros”, datos que se correlacionan con los de las estancias prolongadas y con el tipo de cirugía. Los mejores resultados los obtienen los traumatólogos externos. (Tabla 27)

Por otro lado, sorprenden los datos del Jefe de Servicio, con un 71% de casos con complicaciones, si tenemos en cuenta que son en su mayoría pacientes con PTC.

#### TRASLADO AL ALTA

En el 87,1% de los casos, el paciente se va de alta a su domicilio o lugar de residencia previo al ingreso. Un 2,9% de los pacientes son trasladados a un centro concertado de cuidados medios. (Figura 11)

#### REGRESIÓN

Se ha explorado mediante una regresión en dos pasos qué variables son responsables del aumento en la estancia total. Después del primer paso, sólo quedaron incluidas dos variables, edad y días de retraso en cursar el PIC a rehabilitación. Tal y como se aprecia en la Tabla 28, ambas variables tienen significación estadística ( $p < 0,05$ ) aunque el ajuste no es muy bueno (coeficiente de determinación 0,239).

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<b>Factura</b>	53	1.892	7.815	3.405,58	1.210,760
<b>Edad</b>	70	40	95	77,36	12,382
<b>Estancia Prequirúrgica</b>	69	0	8	2,12	2,132
<b>Estancia Postquirúrgica</b>	69	4	55	11,55	7,564
<b>Estancia total</b>	70	4	55	14,27	8,934
<b>Total PICs</b>	68	0	12	2,54	2,536
<b>Total PIC a Medicina Interna</b>	70	0	10	1,20	2,054
<b>Días retraso en cursar PIC a Rhb</b>	70	0	16	2,53	3,166
<b>Días retraso en comenzar Rhb</b>	70	0	9	1,36	2,181

Tabla 11-A. Tabla descriptiva de las variables cuantitativas recogidas en las Historias Clínicas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Traumatólogo</b>	<b>Hospital</b>	36	51,4	51,4	51,4
	<b>Externo</b>	12	17,1	17,1	68,6
	<b>Jefe Servicio</b>	17	24,3	24,3	92,9
	<b>Otros</b>	5	7,1	7,1	100,0
<b>Sexo</b>	<b>Mujer</b>	46	65,7	65,7	65,7
	<b>Hombre</b>	24	34,3	34,3	100
<b>Tipo póliza</b>	<b>Directa</b>	13	18,6	18,6	18,6
	<b>Colectivos</b>	53	75,7	75,7	94,3
	<b>Privados</b>	4	5,7	5,7	100
<b>Fx de cadera</b>	<b>Si</b>	43	61,4	61,4	61,4
	<b>No</b>	27	38,6	38,6	100
<b>Caída</b>	<b>Si</b>	23	32,9	32,9	32,9
	<b>No</b>	47	67,1	67,1	100
<b>PPC</b>	<b>Si</b>	43	61,4	61,4	61,4
	<b>No</b>	27	38,6	38,6	100
<b>Cx urgente</b>	<b>Si</b>	41	58,6	58,6	58,6
	<b>No</b>	29	41,4	41,4	100
<b>PIC a Med.Int.</b>	<b>Si</b>	30	42,9	44,8	44,8
	<b>No</b>	37	52,9	55,2	100
<b>PIC a Rhb.</b>	<b>Si</b>	60	85,7	89,6	89,6
	<b>No</b>	7	10	10,4	100
<b>Informe alta</b>	<b>Si</b>	59	84,3	85,5	85,5
	<b>No</b>	10	14,3	14,5	100
<b>Complicaciones</b>	<b>Si</b>	54	77,1	77,1	77,1
	<b>No</b>	16	22,9	22,9	100
<b>Tratamiento rehabilitador</b>	<b>Si</b>	54	77,1	77,1	77,1
	<b>No</b>	16	22,9	22,9	100
<b>Traslado al alta</b>	<b>Domicilio</b>	57	81,4	89,1	89,1
	<b>Residencia</b>	4	5,7	6,3	98,4
	<b>C.concertado</b>	2	2,9	3,1	92,2
	<b>Éxitus</b>	1	1,4	1,6	100

Tabla 11-B. Tabla descriptiva de las variables cualitativas recogidas en las Historias Clínicas.

<b>Edad agrupada</b>					
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válidos</b>	<b>40-50 años</b>	3	4,3	4,3	4,3
	<b>51-60 años</b>	3	4,3	4,3	8,6
	<b>61-70 años</b>	11	15,7	15,7	24,3
	<b>71-80 años</b>	21	30,0	30,0	54,3
	<b>Mayores de 81 años</b>	32	45,7	45,7	100,0
	<b>Total</b>	70	100,0	100,0	

Tabla 12. Edad agrupada de los pacientes del GRD 818 intervenidos en el año 2008.

### Edad agrupada

- Edad agrupada
- 40-50 años
- 51-60 años
- 61-70 años
- 71-80 años
- Mayores de 81 años

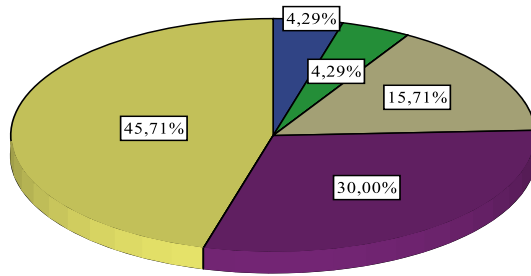


Figura 1. Grupos de edad.

		<b>Traumatólogo</b>			
		<b>Equipo del Hospital</b>	<b>Traumatólogos Externos</b>	<b>Jefe de Servicio</b>	<b>Otros</b>
		<b>Recuento</b>	<b>Recuento</b>	<b>Recuento</b>	<b>Recuento</b>
<b>Edad agrupada</b>	<b>40-50 años</b>	0	1	2	0
	<b>51-60 años</b>	0	0	3	0
	<b>61-70 años</b>	5	1	5	0
	<b>71-80 años</b>	7	8	5	1
	<b>&gt; 81 años</b>	24	2	2	4

Tabla 13. Grupos de edad por equipo de facultativos especialistas en COT.

		<b>PPC</b>		<b>Total</b>
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Fractura</b>	<b>SI</b>	43	0	43
	<b>NO</b>	0	27	27
<b>Total</b>		43	27	70
<b>Porcentajes</b>		61,43%	38,6%	100%

Tabla 14. Tabla de contingencia cruzando datos de casos de pacientes con fractura de cadera y PPC.

		PPC		Total	Porcentajes
		SI	NO		
<b>Urgente</b>	<b>SI</b>	41	0	41	58,6%
	<b>NO</b>	2	27	29	41,4%
<b>Total</b>		43	27	70	100%

Tabla 15. Tabla de contingencia cruzando datos de casos de pacientes con PPC e ingreso por urgencias

<b>Estancia prequirúrgica</b>					
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válidos</b>	<b>0</b>	13	18,6	18,8	18,8
	<b>1</b>	25	35,7	36,2	55,1
	<b>2-8</b>	31	44,3	44,9	100,0
	<b>Total</b>	69	98,6	100,0	
<b>Perdidos</b>	<b>109</b>	1	1,4		
<b>Total</b>		70	100,0		

Tabla 16. Estancia prequirúrgica.

<b>Estancia Postquirúrgica</b>					
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válidos</b>	<b>4</b>	1	1,4	1,4	1,4
	<b>6</b>	7	10,0	10,1	11,6
	<b>7</b>	11	15,7	15,9	27,5
	<b>8</b>	10	14,3	14,5	42,0
	<b>9</b>	8	11,4	11,6	53,6
	<b>10-55</b>	32	45,7	46,4	100,0
	<b>Total</b>	69	98,6	100,0	
<b>Perdidos</b>	<b>109</b>	1	1,4		
<b>Total</b>		70	100,0		

Tabla 17. Estancia postquirúrgica



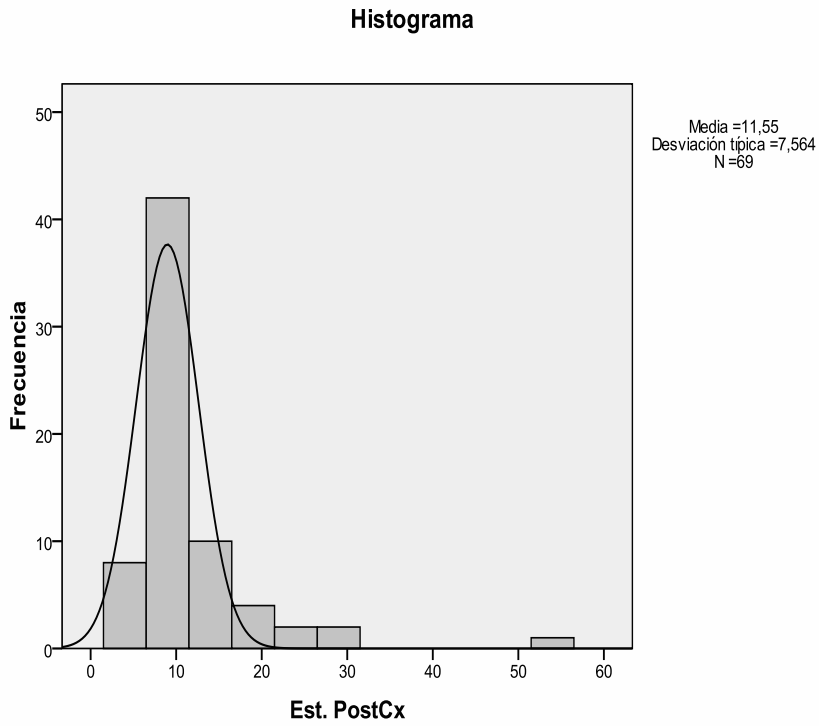


Figura 2. Estancia prequirúrgica.

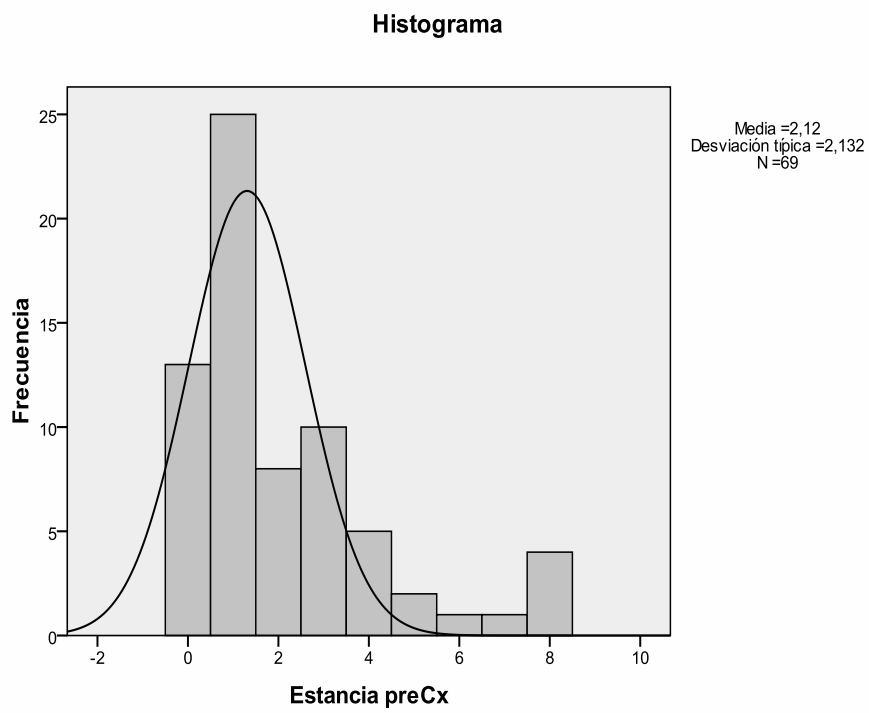


Figura 3. Estancia postquirúrgica.

<b>Estancia en días</b>					
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válidos</b>	<b>&lt; 8 días</b>	17	24,3	24,3	24,3
	<b>&gt; 8 días</b>	53	75,7	75,7	100,0
	<b>Total</b>	70	100,0	100,0	

Tabla 18. Estancia total agrupada por estancias medias inferiores o superiores a 8 días.

	<b>HOSPITAL</b>	<b>EXTERNO</b>	<b>JEFE SERVICIO</b>	<b>OTROS</b>
<b>N</b>	36	12	17	5
<b>Factura media</b>	3.676,2 euros	2.761,5 euros	2.517,1 euros	4.094 euros
<b>Sexo mujer</b>	26	8	9	3
<b>hombre</b>	10	4	8	2
<b>Edad media</b>	82	74	67	86
<b>Estancia PreCx media</b>	3	1	1	2
<b>Est. PostCx media</b>	12	9	13	14
<b>Est. Total media</b>	16	9	13	16
<b>Póliza directa</b>	6	3	4	0
<b>PPC</b>	33	3	2	5
<b>Cx Urgente</b>	31	3	2	5
<b>Pacientes con PICs</b>	34	6	16	5
<b>Pacientes con PIC a MI</b>	20	2	4	4
<b>Pac. conPIC a RHB</b>	32	7	16	5
<b>Pac con Retraso al cursar PIC a rhb</b>	21	4	14	1
<b>Pac con Retraso comienzo rhb</b>	17	3	9	3
<b>Informe alta completo</b>	32	8	15	4
<b>Micción tardía</b>	4	0	1	0
<b>ITU</b>	3	1	0	0
<b>IHQ</b>	1	0	0	0
<b>Transfusión sang.</b>	28	7	11	2
<b>Edema</b>	1	0	1	0
<b>Flebitis</b>	7	1	2	2
<b>UPP</b>	1	1	0	1
<b>Alta al domicilio</b>	33	9	15	4

Tabla 19. Descripción de variables según traumatólogo.

		<b>EM Prequirúrgica</b>	<b>EM postquirúrgica</b>	<b>Estancia total</b>
<b>Edad</b>	<b>40-50 años</b>	1 día	8,67	9,33
	<b>51-60 años</b>	1,00	8,33	9,33
	<b>61-70 años</b>	1,50	9,18	10,55
	<b>71-80 años</b>	1,75	11,33	12,33
	<b>&gt; 81 años</b>	3,50	13,13	17,75
<b>Sexo</b>	<b>hombre</b>	2,95	9,96	13,54
	<b>mujer</b>	2,62	12,40	14,65
<b>Fractura</b>	<b>NO</b>	1,00	10,37	10,93
	<b>SI</b>	3,20	12,31	16,37
<b>Total PIC</b>	<b>0-5</b>	2,56	10,30	12,83
	<b>6-12</b>	3,5	23,57	26,63
<b>Retraso cursar PIC A Rhb</b>	<b>0-5 días</b>	2,67	10,71	13,38
	<b>6-16 días</b>	2,25	15,15	17,86

Tabla 20. Estancia media cruzada con variables independientes.

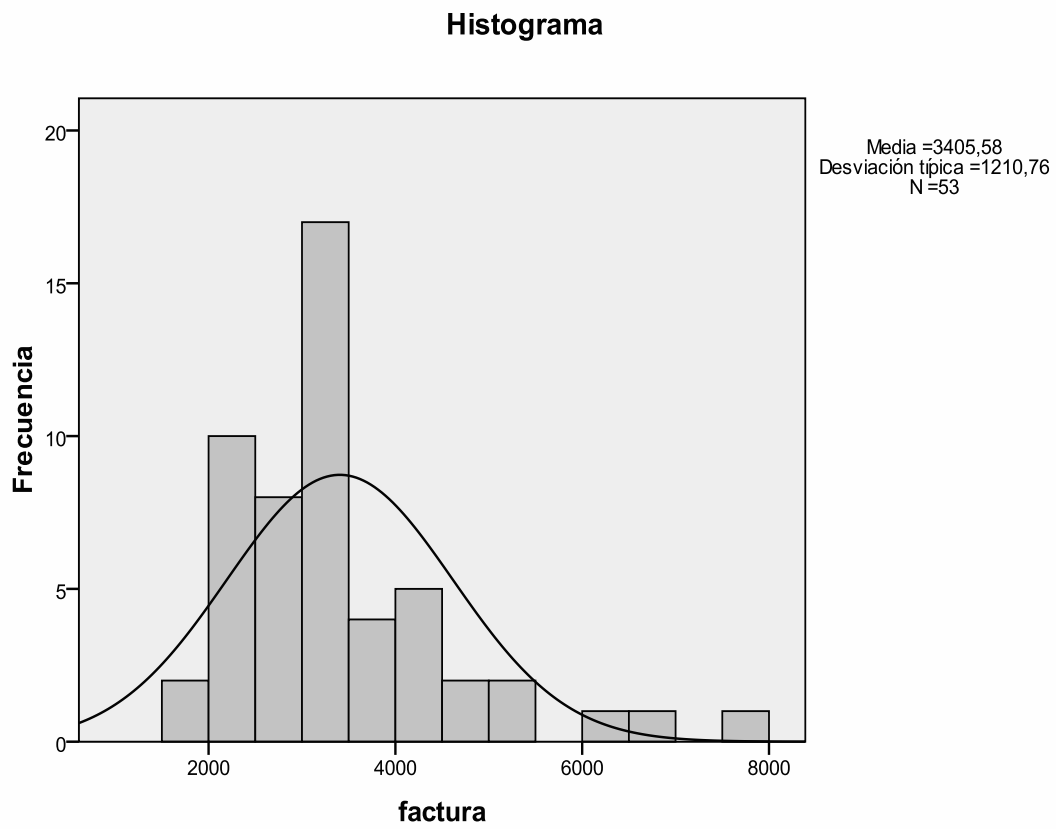


Figura 4. Factura hospitalización.

### Factura agrupada

- 0-2000 euros
- 2001 a 4000 euros
- 4001 a 6000 euros
- 6001 a 7815 euros

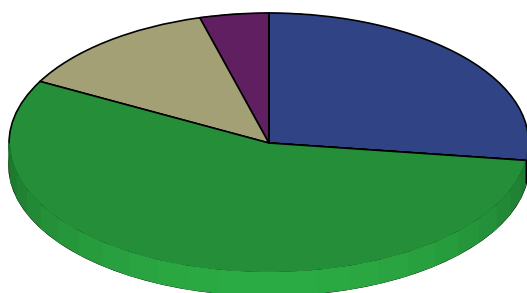


Figura 5. Factura agrupada.

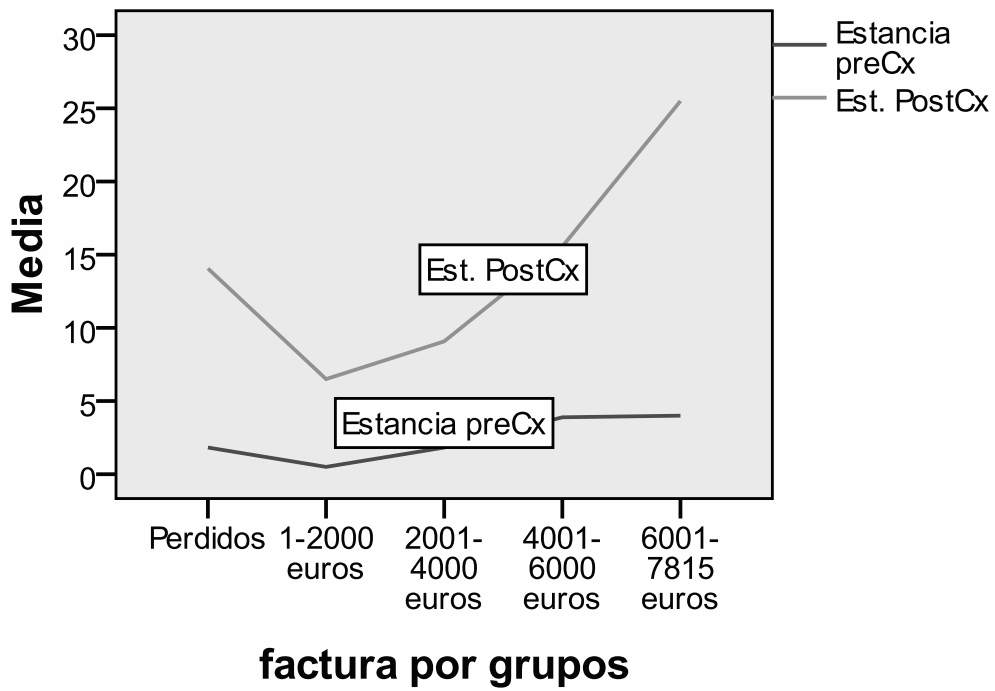


Figura 6. Estancias medias y facturación.

		<b>Traumatólogo</b>							
		<b>Hospital</b>		<b>Externos</b>		<b>Jefe Servicio</b>		<b>Otros</b>	
		<b>Recuento</b>	<b>% del N de la columna</b>	<b>R</b>	<b>% del N de la columna</b>	<b>R</b>	<b>% del N de la columna</b>	<b>R</b>	<b>% del N de la columna</b>
<b>Estancia a total</b>	<b>≤ 8 días</b>	3	8,3%	9	75,0%	5	29,4%	0	0%
	<b>&gt; 8 días</b>	33	91,7%	3	25,0%	12	70,6%	5	100,0%

Tabla 21. Estancia total inferior o superior a 8 días según facultativo.



### Histograma

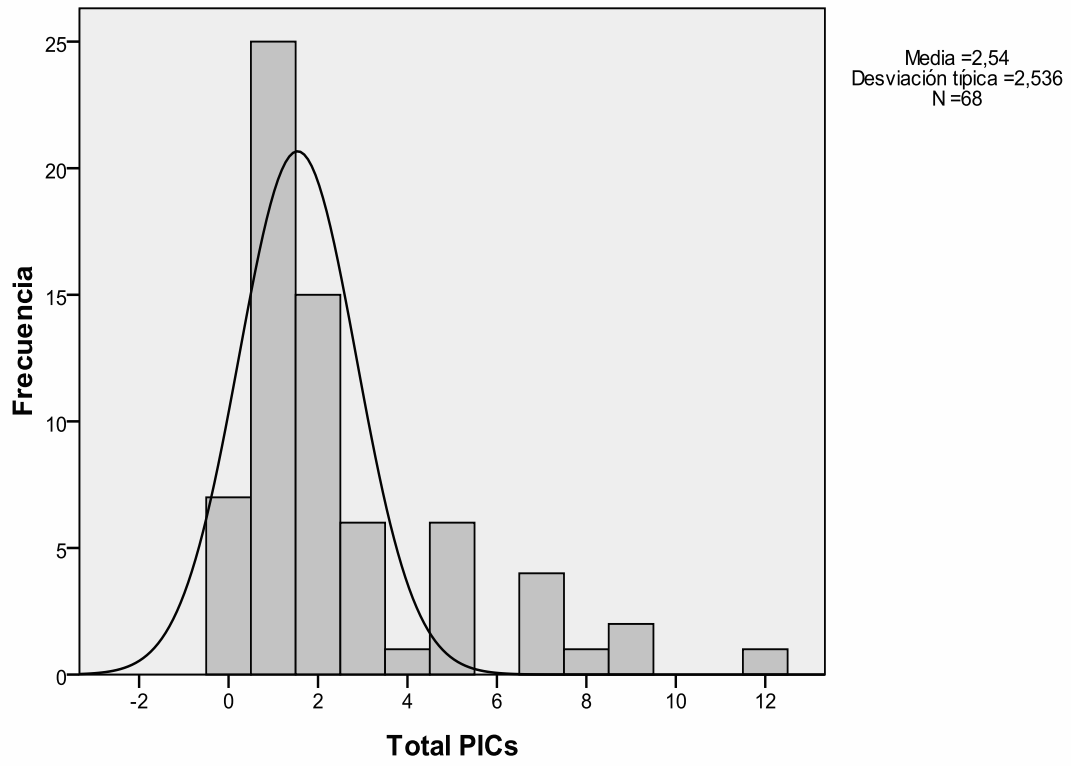


Figura 7. Total de PIC tramitados por paciente.

### PIC a Med Int

- si
- no
- Perdidos

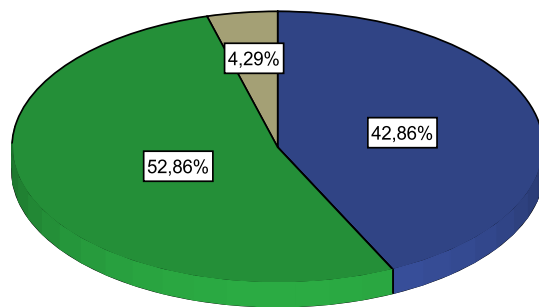


Figura 8. Pacientes con PIC a Medicina Interna

			Estancia total > 8 días		Total
			NO	SI	
<b>Total PIC Medicina Interna</b>	<b>0</b>	Recuento	15	24	39
		% del total	21,4%	34,3%	55,7%
	<b>1</b>	Recuento	0	15	15
		% del total	,0%	21,4%	21,4%
	<b>2</b>	Recuento	2	2	4
		% del total	2,9%	2,9%	5,7%
	<b>3</b>	Recuento	0	3	3
		% del total	,0%	4,3%	4,3%
	<b>4</b>	Recuento	0	3	3
		% del total	,0%	4,3%	4,3%
	<b>5</b>	Recuento	0	2	2
		% del total	,0%	2,9%	2,9%
	<b>6</b>	Recuento	0	2	2
		% del total	,0%	2,9%	2,9%
	<b>8</b>	Recuento	0	1	1
		% del total	,0%	1,4%	1,4%
	<b>10</b>	Recuento	0	1	1
		% del total	,0%	1,4%	1,4%
<b>Total</b>		Recuento	17	53	70
		% del total	24,3%	75,7%	100,0%

Tabla 22. Tabla de contingencia cruzando datos del total de PIC a Medicina Interna en función de la estancia media mayor o menor de 8 días.

### Histograma

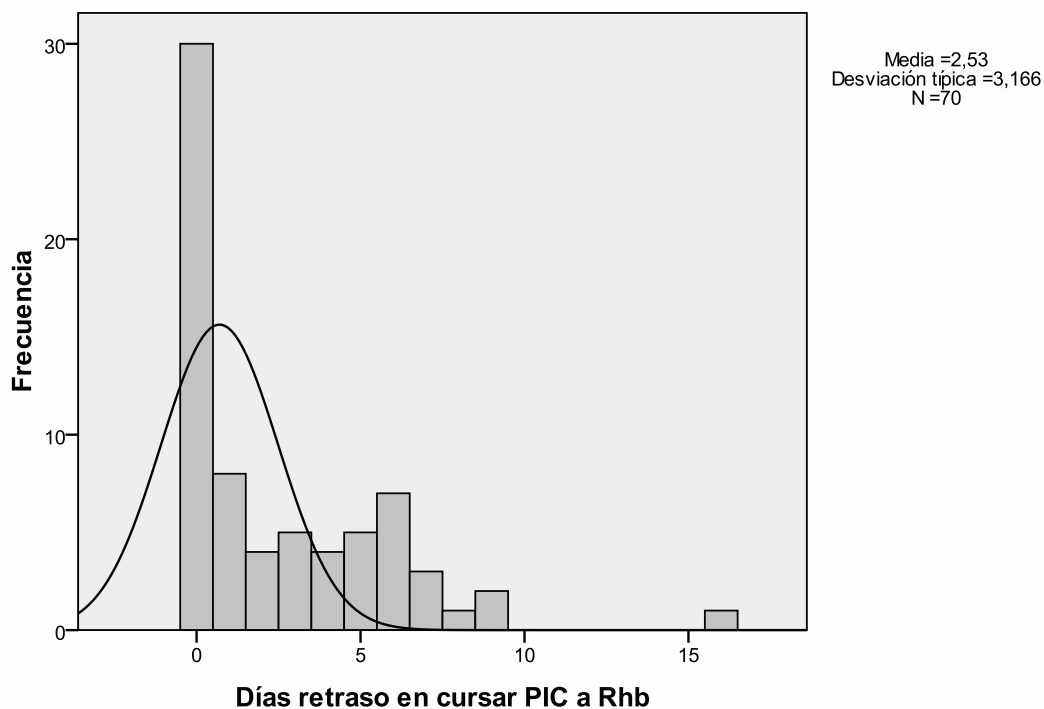


Figura 9. Días de retraso en cursar el PIC a rehabilitación.

Días de retraso en comenzar el tratamiento de rehabilitación					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	38	54,3	54,3	54,3
	1	10	14,3	14,3	68,6
	2	9	12,9	12,9	81,4
	3	4	5,7	5,7	87,1
	4	4	5,7	5,7	92,9
	6	1	1,4	1,4	94,3
	7	1	1,4	1,4	95,7
	8	1	1,4	1,4	97,1
	9	2	2,9	2,9	100,0
	<b>Total</b>		70	100,0	100,0

Tabla 23. Días de retraso en comenzar el tratamiento de rehabilitación una vez tramitado el PIC.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Informe de alta</b>	<b>Válidos Si</b>	59	84,3	85,5	85,5
	<b>No</b>	10	14,3	14,5	100
	<b>Total</b>	69	98,6	100	
	<b>Perdidos</b>	1	1,4		
	<b>Total</b>	70	70	100	
<b>Normas posturales</b>	<b>Válidos Si</b>	26	37,1	37,1	37,1
	<b>No</b>	44	62,9	62,9	100
	<b>Total</b>	70	100	100	
<b>Prescripción Rehabilitación domiciliaria</b>	<b>Válidos Si</b>	31	44,3	44,3	44,3
	<b>No</b>	39	55,7	55,7	100
	<b>Total</b>	70	100	100	

Tabla 24. Informe de alta y datos recogidos en el mismo relativos al proceso de rehabilitación.

			Destino al alta				Total
			domicilio	centro concertado	residencia de procedencia	éxitus	
<b>Prescripción de rehabilitación domiciliaria</b>	<b>si</b>	<b>Recuento</b>	28	0	3	0	31
		<b>% del total</b>	43,8%	,0%	4,7%	,0%	48,4%
	<b>no</b>	<b>Recuento</b>	29	2	1	1	33
		<b>% del total</b>	45,3%	3,1%	1,6%	1,6%	51,6%
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	57	2	4	1	64
		<b>% del total</b>	89,1%	3,1%	6,3%	1,6%	100,0%

Tabla 25. Tabla de contingencia: destino al alta y prescripción de rehabilitación domiciliaria.

### Complicaciones

■ si  
■ no

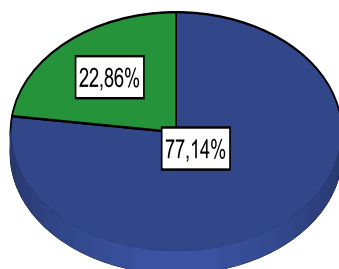


Figura 10. Aparición de complicaciones.

### Alta Domicilio

■ si  
■ centro concertado  
■ residencia origen  
■ exitus  
■ Perdidos

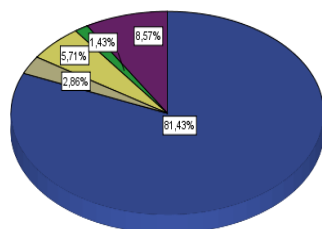


Figura 11. Traslado del paciente al alta hospitalaria.

	UPP		Flebitis		Transfusión sanguínea		IHQ		ITU		Edema MMII		TVP	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>Estancia ≤8 días</b>	0	17	1	16	10	7	0	17	0	17	0	17	1	16
<b>Estancia &gt;8 días</b>	3	50	11	42	38	15	1	52	4	49	2	51	6	47
<b>Total</b>	3	67	12	58	48	22	1	69	4	66	2	68	7	63
<b>%</b>	4,3	95,7	17,1	82,9	68,6	31,4	1,4	98,6	5,7	94,3	2,9	97,1	10	90
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

Tabla 26. Relación de complicaciones en función de la agrupación de la estancia media según el estándar establecido.

	UPP		Flebitis		Transfusión sanguínea		IHQ		ITU		Edema MMII		TVP	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>Traumatólogo</b>	1	35	7	29	28	8	1	35	3	33	1	35	6	30
<b>Hospital</b>	1	11	1	11	7	5	0	12	1	11	0	12	0	12
<b>Externos</b>	0	17	2	15	11	6	0	17	0	17	1	16	1	16
<b>Jefe Servicio</b>	1	4	2	3	2	3	0	5	0	5	0	5	0	5
<b>Otros</b>														

Tabla 27. Relación de complicaciones en función del grupo de cirujanos.

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo	Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	-7,779	6,297		-1,235	,221
Edad	,285	,080	,395	3,546	,001
2 (Constante)	-11,044	6,028		-1,832	,071
Edad	,297	,076	,412	3,918	,000
Días retraso en cursar PIC a Rhb	,917	,297	,325	3,089	,003

a. Variable dependiente: Estancia total

**Tabla 28. Coeficientes del análisis de regresión.**



## DISCUSIÓN

Para redactar la discusión final, se compararán los resultados de la investigación cuantitativa y cualitativa en base a los objetivos previamente planteados, así como se justificarán los resultados con la bibliografía revisada a tal efecto.

Los métodos cualitativos son útiles para la comprensión en profundidad de un fenómeno que se desea investigar o evaluar desde el punto de vista de los propios sujetos implicados, como ha sido el caso del presente estudio, con el objetivo de llegar a conocer las causas de la prolongación de la estancia hospitalaria en prótesis de cadera, así como los puntos débiles que son necesarios reforzar.

## **CALIDAD ASISTENCIAL. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE COT.**

En primer lugar, habría que definir el tipo de paciente que se opera en el Hospital en estudio, puesto que en algunas ocasiones no concuerda el análisis del discurso de los facultativos del servicio de COT con los resultados del análisis estadístico de los datos recogidos de las historias clínicas.

Según los cirujanos entrevistados, sus malos resultados en cuanto a estancias se deben a que sus pacientes son mayores, y de mayor edad que los operados por traumatólogos externos y, por tanto, con más comorbilidades asociadas. Por otro lado, afirman que prácticamente sólo realizan artroplastias parciales de cadera, mientras que los facultativos externos sólo intervienen artroplastias totales de cadera programadas desde sus consultas privadas. Sin embargo, para el personal de enfermería la calidad asistencial prestada a este tipo de pacientes (en el caso del equipo de cirujanos del hospital) es deficiente y mejorable, y no la asocian a las características clínicas del paciente.

Según los datos, sólo el 67% de los pacientes operados por el equipo del Hospital son mayores de 81 años, es decir, es una mayoría pero no la totalidad, aunque si lo

comparamos con los externos (16,67%), la diferencia es considerable. La relación de las medias de edad la podemos ver en la Tabla 29.

	<b>Traumatólogo</b>			
	Hospital	Externo	Jefe Servicio	Otros
	Media	Media	Media	Media
<b>Edad</b>	82	74	67	86

Tabla 29. Edad media por grupo de traumatólogos.

El total de casos de fractura de cadera se corresponde con el de PPC, por lo que se confirman los resultados del análisis cualitativo (la fractura de cadera tras caída es tributaria de tratamiento mediante artroplastia parcial de cadera). Las cirugías urgentes son un 3% inferiores a los casos de fractura o PPC, probablemente justificados por pacientes mal diagnosticados y dados de alta, y que posteriormente son derivados desde consulta para someterse a la cirugía, como fue el caso de una de las pacientes entrevistadas.

Los cirujanos del Hospital, y el grupo “otros”, realizan casi en la totalidad de los casos (91,7% y 100% respectivamente), cirugías de PPC en pacientes con fractura de cadera con ingreso urgente. En este sentido, los datos justifican el discurso de los informantes y los resultados, puesto que dichos facultativos son los que tienen estancias totales y estancias postquirúrgicas más prolongadas. Por tanto, la intervención para la mejora de la calidad irá dirigida principalmente a este sector.

En el caso contrario tenemos a los cirujanos externos y al Jefe de Servicio, con un 25% y un 11,8% respectivamente de PPC por fractura de cadera. En este caso, no se justificarían los resultados de estancias medias en los pacientes del Jefe de Servicio, puesto que las PTC se recuperan antes, son pacientes más jóvenes y con menos comorbilidades. Por otro lado, los datos no justifican la teoría de los facultativos informantes de que los traumas externos obtienen mejores resultados porque sólo operan PTC, si bien si son la mayoría de sus intervenciones.

En esta fase de la investigación, surge la posibilidad de entrevistar al traumatólogo responsable de la mayor parte de las cirugías de prótesis de cadera de otro Hospital Privado de la misma Comunidad Autónoma que el del estudio, y similares características. En este caso, según el discurso del informante, opera un total de 100 caderas anuales él sólo, con una estancia media en el 2010 de 6 días y que en el 2011 quiere reducir a 4 días. Sorprende la diferencia de estancia media, por lo que el enfoque de la entrevista se dirige a conocer en profundidad qué medidas está adoptando dicho cirujano para contar con tan excelentes resultados. En primer lugar, asume que el hecho de colocar un elevado número de prótesis de cadera al año supone un grado de experiencia que de otra manera sería difícil de adquirir. En este sentido, algunos autores consideran que el volumen de cirugías de un especialista en COT influye de forma significativa en la reducción de la mortalidad, así como de la incidencia de transfusión, neumonía, úlceras por presión y disminución de la estancia media.(38)

En segundo lugar, nos habla de la existencia y seguimiento de un protocolo de cadera de forma estricta, así como un seguimiento exhaustivo del paciente por él mismo desde el momento en que sale de quirófano, incluyendo los fines de semana (en los que se dan altas). Dentro del protocolo, se detalla la forma de proceder en quirófano, realizando transfusiones autólogas durante la intervención, de manera que se reducen las complicaciones en el postoperatorio (disminución de hemoglobina, hematocrito, hipotensión arterial,...) que impidan una evolución normal. Por otro lado, según el mismo protocolo, las cirugías programadas ingresan el mismo día de la intervención, evitando así un día de estancia innecesaria con sus costes correspondientes. Los pacientes que ingresan por urgencias con fractura de cadera, si llevan una vida activa y son independientes, como suelen ser la mayoría, son sometidos a una artroplastia total de cadera, por lo que la evolución es mucho más rápida que la prótesis parcial.

Esta teoría está sustentada por los últimos estudios realizados(38-48) en los cuáles se llega a la conclusión de que la prótesis total de cadera cementada es el tratamiento de elección para las fracturas de cuello femoral (intracapsulares), siempre y cuando sea un paciente activo, anciano (según los autores, mayor de 60 o 70 años), y con una buena esperanza de vida. En todos los casos, se concluye que la artroplastia total de cadera reduce las reintervenciones de cadera en el futuro, así como que se obtienen mejores resultados en cuanto a funcionalidad de la cadera y grado de dolor, sin aparecer de

forma significativa un aumento en las luxaciones y la aparición de complicaciones mayores.

Quizá es por este motivo por el que no hemos encontrado ninguna guía de práctica clínica, protocolo o vía clínica de prótesis parcial de cadera en los hospitales españoles a los que nos hemos dirigido.

Siguiendo con el análisis del hospital de estudio, en cuanto a las estancias prequirúrgicas, un 36,2% corresponden a estancias de un solo día, susceptibles de evitarse de conseguirse una mayor eficacia en la gestión de camas, ingresando al paciente el día de la cirugía cuando ésta es programada. Mayor o igual a siete días (recordemos que según el Director Médico, a partir del 7º día de ingreso, el paciente no es rentable) sólo hay un 7,2% de los casos con estancias preoperatorias (en su mayoría de los traumatólogos del hospital), hecho que justifica la reducción de estancia asociada a la implantación del protocolo de atención de urgencias del paciente con fractura de cadera instaurado por el equipo de traumatólogos e internistas del Hospital, en el que se plantearon como objetivo reducir dicha estancia por debajo de los siete días, según el análisis del discurso de los facultativos.

Las estancias prequirúrgicas son mayores en los pacientes operados por los traumatólogos del hospital y por el grupo “otros”, hecho que podría justificarse por el porcentaje de pacientes de dichos especialistas mayores de 80 años y con fractura de cadera. En cualquier caso, son estancias susceptibles de evitarse o, al menos, reducirse.

Referente a la estancia postoperatoria, llama la atención que apenas haya un día de diferencia entre los tres grupos del hospital, siendo en cambio más reducida en los casos de los especialistas externos al mismo.

Según la Guía Clínica para la atención de los pacientes con fractura de cadera de la Sociedad Gallega de Medicina Interna,(49) el retraso de la intervención quirúrgica en estos pacientes más allá de las 36-48 horas posteriores al ingreso, se ha relacionado con un aumento tanto de la morbilidad (complicaciones infecciosas, TEP, úlceras de decúbito....) como de la mortalidad intrahospitalaria. Por tanto, su recomendación es que

debe considerarse la cirugía precoz en los enfermos con fractura de cadera, siempre que su condición clínica lo permita.

Una de las causas de la prolongación de la estancia preoperatoria en pacientes con fractura de cadera, es la estabilización de la medicación con anticoagulantes o antiagregantes. Según la Guía Clínica de la Sociedad Gallega de Medicina Interna,(49) si las condiciones clínicas del paciente y el tipo de intervención requieren una cirugía urgente o precoz, como puede ocurrir en el caso que nos ocupa, la duración del tiempo de reducción de la dosis de anticoagulante oral y la duración del uso de heparina preoperatoria puede acortarse administrando vitamina K parenteral 24-48 horas antes de la cirugía.

La analgesia postoperatoria adecuada permite(49) una movilización precoz después de la cirugía y se asocia a un descenso de la morbilidad cardiorrespiratoria y gastrointestinal, por lo que podría ser un modo de reducir la estancia hospitalaria, instaurando un protocolo adecuado seguido por la Unidad del Dolor del Servicio de Anestesia del Hospital.

La estancia media total es mayor en los traumatólogos del hospital (siendo algo menor en los pacientes del Jefe de Servicio, justificado quizá porque son pacientes de menor edad), confirmándose la opinión de los informantes enfermeros de que las estancias de los pacientes intervenidos por equipos externos eran más reducidas. Sería interesante estudiar en un futuro la metodología a seguir por dichos especialistas, con el objetivo de analizar el por qué de la diferencia en los resultados.

Según algunos autores,(49) la administración de suplementos nutritivos (energía no proteica, proteínas, vitaminas y minerales) en enfermos con fractura de cadera puede reducir el riesgo de complicaciones intrahospitalarias así como el tiempo de estancia en unidades de rehabilitación, aunque no modifica la mortalidad. Una vez más, se justifica la necesidad de instaurar un equipo multidisciplinar para la atención del paciente con artroplastia de cadera, principalmente para la PPC, de forma que se aborden todos los ítems necesarios para un correcto manejo del paciente, de forma que se reduzca la aparición de comorbilidades médicas asociadas que aumenten la estancia hospitalaria.

El rango de la factura correspondiente a los 2.001-4.000 euros es el más frecuente entre los diferentes especialistas, si bien los que generan más costes al hospital son los traumatólogos del mismo, puesto que tienen un 27,78% de los casos con factura entre los 4.001 y los 7.815 euros

Según el informante de la Dirección Médica del Hospital, las estancias hospitalarias en las prótesis de cadera son rentables siempre y cuando no superen los siete días de ingreso, y en opinión de los informantes, tanto de facultativos como de personal de enfermería, a partir de los 10 días de ingreso aumenta la frecuencia de aparición de complicaciones.

Por tanto, según los datos analizados en la Tabla 30, sólo un 27.14 % de los casos cumplen con las expectativas de la Dirección en cuanto a eficiencia clínica, y un 40% de las estancias son susceptibles de ser superiores a 10 días por la aparición de complicaciones en la evolución de los pacientes.

Contabilizando las estancias postquirúrgicas (asumiendo que las prequirúrgicas se pueden evitar en los casos de PTC, o reducir considerablemente en los casos de PPC aplicando el protocolo de atención en urgencias del paciente con fractura de cadera), el 58,3% de los pacientes operados por traumatólogos externos serían rentables para la Institución, y sólo lo serían el 29,4% de los del Jefe de Servicio y el 17,1% de los de los traumatólogos del Hospital. Este hecho justificaría en gran medida la necesidad de implantar una medida correctora de la actividad asistencial en artroplastias de cadera.

En la Tabla 30 observamos el total de pacientes con estancias inferiores a 7 días y superiores a 10 días, en función del tipo de traumatólogo descrito.

Así mismo, como podemos observar en la Tabla 31, el total de partes interconsulta tramitados por los traumatólogos va aumentando en función de los tramos definidos de días de estancia hospitalaria.

En las Tablas 32-39 podemos observar la relación existente entre los tramos de estancia hospitalaria y la aparición de complicaciones, siendo esta en todos los casos superior en

las estancias hospitalarias de más de 10 días de duración, confirmando de este modo el discurso de los informantes.

			Traumatólogo				Total
			Hospital	Externos	Jefe Servicio	Otros	
<b>Estancia postquirúrgica agrupada</b>	<b>Estancia &lt; 7 días</b>	Recuento	6	7	5	1	19
		% del total	8,7%	10,1%	7,2%	1,4%	27,5%
	<b>Estancia 8-10 días</b>	Recuento	12	2	7	1	22
		% del total	17,4%	2,9%	10,1%	1,4%	31,9%
	<b>Estancia &gt; 10 días</b>	Recuento	17	3	5	3	28
		% del total	24,6%	4,3%	7,2%	4,3%	40,6%
<b>Total</b>		Recuento	35	12	17	5	69
		% del total	50,7%	17,4%	24,6%	7,2%	100,0%

Tabla 30. Estancia postquirúrgica agrupada en relación con el tipo de traumatólogo.



		TOTAL PICs		Total
		0-5	6-12	
<b>Estancia postquirúrgica agrupada</b>	<b>Estancia &lt; 7 días</b>	17	0	17
				25,4%
	<b>Estancia 8 a 10 días</b>	22	0	22
				32,8%
	<b>Estancia &gt; 10 días</b>	21	7	28
				41,8%

Tabla 31. Estancia postquirúrgica agrupada y total de partes interconsulta tramitados por paciente.

			Micción tardía		Total
			si	no	
Estancia postquirúrgica agrupada	Estancia < de 7 días	Recuento	0	19	19
		% del total	,0%	27,5%	27,5%
	Estancia 8 a 10 días	Recuento	2	20	22
		% del total	2,9%	29,0%	31,9%
	Estancia >10 días	Recuento	3	25	28
		% del total	4,3%	36,2%	40,6%
Total		Recuento	5	64	69
		% del total	7,2%	92,8%	100,0%

Tabla 32. Estancia postquirúrgica agrupada y pacientes con micción tardía.

			Trombosis venosa profunda		Total
			si	no	
Estancia postquirúrgica agrupada	Estancia < 7 días	Recuento	2	17	19
		% del total	2,9%	24,6%	27,5%
	Estancia 8 a 10 días	Recuento	3	19	22
		% del total	4,3%	27,5%	31,9%
	Estancia > 10 días	Recuento	2	26	28
		% del total	2,9%	37,7%	40,6%
Total		Recuento	7	62	69
		% del total	10,1%	89,9%	100,0%

Tabla 33. Estancia postquirúrgica agrupada y pacientes con trombosis venosa profunda.

			Edema		Total
			si	no	
Estancia postquirúrgica agrupada	Estancia < 7 días	Recuento	0	19	19
		% del total	,0%	27,5%	27,5%
	Estancia 8 a 10 días	Recuento	0	22	22
		% del total	,0%	31,9%	31,9%
	Estancia > 10 días	Recuento	2	26	28
		% del total	2,9%	37,7%	40,6%
Total		Recuento	2	67	69
		% del total	2,9%	97,1%	100,0%

Tabla 34. Estancia postquirúrgica agrupada y pacientes con edema de MMII.

			Infección urinaria		Total
			si	no	
Estancia postquirúrgica agrupada	Estancia <7 días	Recuento	0	19	19
		% del total	,0%	27,5%	27,5%
	Estancia 8 a 10 días	Recuento	1	21	22
		% del total	1,4%	30,4%	31,9%
	Estancia > 10 días	Recuento	3	25	28
		% del total	4,3%	36,2%	40,6%
Total		Recuento	4	65	69
		% del total	5,8%	94,2%	100,0%

Tabla 35. Estancia postquirúrgica agrupada y pacientes con ITU.

			IHQ		Total
			si	no	
Estancia postquirúrgica agrupada	Estancia <7 días	Recuento	0	19	19
		% del total	,0%	27,5%	27,5%
	Estancia 8 a 10 días	Recuento	0	22	22
		% del total	,0%	31,9%	31,9%
	Estancia > 10 días	Recuento	1	27	28
		% del total	1,4%	39,1%	40,6%
Total		Recuento	1	68	69
		% del total	1,4%	98,6%	100,0%

Tabla 36. Estancia postquirúrgica agrupada y pacientes con infección de la herida quirúrgica.

			Transfusión Sanguínea		Total
			si	no	
<b>Estancia Postquirúrgica agrupada</b>	<b>Estancia &lt;7 días</b>	<b>Recuento</b>	12	7	19
		<b>% del total</b>	17,4%	10,1%	27,5%
	<b>Estancia 8 a 10 días</b>	<b>Recuento</b>	17	5	22
		<b>% del total</b>	24,6%	7,2%	31,9%
	<b>Estancia &gt; 10 días</b>	<b>Recuento</b>	19	9	28
		<b>% del total</b>	27,5%	13,0%	40,6%
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	48	21	69
		<b>% del total</b>	69,6%	30,4%	100,0%

Tabla 37. Estancia postquirúrgica agrupada y pacientes que recibieron transfusión sanguínea durante el postoperatorio.

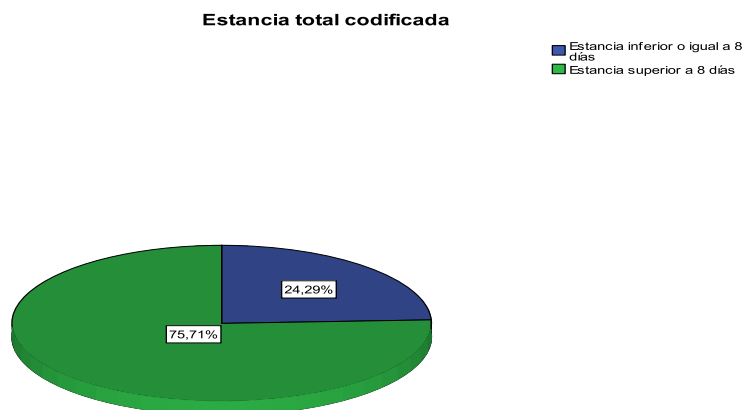
			Flebitis		Total
			si	no	
<b>Estancia Postquirúrgica agrupada</b>	<b>Estancia &lt;7 días</b>	<b>Recuento</b>	2	17	19
		<b>% del total</b>	2,9%	24,6%	27,5%
	<b>Estancia 8 a 10 días</b>	<b>Recuento</b>	2	20	22
		<b>% del total</b>	2,9%	29,0%	31,9%
	<b>Estancia &gt; 10 días</b>	<b>Recuento</b>	8	20	28
		<b>% del total</b>	11,6%	29,0%	40,6%
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	12	57	69
		<b>% del total</b>	17,4%	82,6%	100,0%

Tabla 38. Estancia postquirúrgica agrupada y pacientes con flebitis.

			UPP		Total
			si	no	
<b>Estancia Postquirúrgica agrupada</b>	<b>Estancia &lt;7 días</b>	<b>Recuento</b>	0	19	19
		<b>% del total</b>	,0%	27,5%	27,5%
	<b>Estancia 8 a 10 días</b>	<b>Recuento</b>	1	21	22
		<b>% del total</b>	1,4%	30,4%	31,9%
	<b>Estancia &gt; 10 días</b>	<b>Recuento</b>	2	26	28
		<b>% del total</b>	2,9%	37,7%	40,6%
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	3	66	69
		<b>% del total</b>	4,3%	95,7%	100,0%

Tabla 39. Estancia postquirúrgica agrupada y pacientes con úlceras por presión.

Durante todo el estudio, hemos establecido como estándar la estancia media para el GRD 818 en 8 días (en función de la rentabilidad para el Hospital según la Dirección Médica), si bien hemos encontrado centros hospitalarios en los que se han implantado vías clínicas y han conseguido reducir esas cifras. En cualquier caso, creemos que para el hospital que nos compete, una estancia media de 8 días es un objetivo alcanzable a corto plazo. En la Figura 12 podemos analizar los porcentajes de grupos de pacientes con estancias inferiores y superiores al estándar, siendo estas últimas realmente mayoritarias. Por tanto, los datos justifican la necesidad de implantar una metodología para reducir estancias y su impacto en la economía de la institución.



**Figura 12. Estancia total comparada con el estándar.**

En relación a los partes interconsulta, en el 43% de los casos, se cursan PIC a Medicina Interna, hecho que justificaría la solicitud de los profesionales de contar con un Internista o un Geriatra en el equipo para agilizar los trámites y evitar complicaciones por la estancia de los 2-3 días que según su valoración y experiencia se demora la tramitación del PIC.

No sabemos si por la realización del presente estudio, o por atender las solicitudes reiteradamente expresadas por los profesionales del Servicio de COT, durante el año 2009 la Dirección Médica del Hospital decide instaurar un nuevo protocolo de actuación en urgencias para los pacientes con ingreso de origen traumatológico a partir de 65 años de edad. Esta medida supone la valoración inmediata del paciente por el Jefe de Servicio de Medicina Interna, así como el seguimiento del mismo durante su estancia hospitalaria. Así mismo, habría que evaluar en estudios posteriores si esa es la causa de una reducción de estancia media en el GRD 818 a 10,32 días, la más baja de los años analizados, y 4,3 días inferior a la EM del año 2008.

En el 86% de los casos se formalizan PIC al Servicio de Rehabilitación, y de ellos, el 57% se cursa con días de retraso, en una media de 2,53 días. Según los protocolos, se

debe cursar el PIC a rehabilitación, si se considera necesario, y/o el paciente es rehabilitable, el mismo día de la intervención, para evitar demoras por trámites administrativos. Los que mejor cumplen esta premisa son, en concordancia con el discurso del personal de enfermería, los traumatólogos externos. En cambio, los que más demoran la petición del PIC son el grupo “otros”, seguido del Jefe de Servicio.

Los traumatólogos externos son los que menos PIC cursan a rehabilitación con diferencia, sólo en el 58,3% de los casos. En cambio, en el resto de los cirujanos es casi el 100% de los casos. Este dato podría justificar la estancia media más reducida de los cirujanos externos, ya que los pacientes no hacen rehabilitación durante su estancia hospitalaria, aunque según el discurso de los facultativos entrevistados no existe relación entre dichas categorías.

En general, la rehabilitación debería comenzarse, si las condiciones generales del paciente lo permiten, en las primeras 48 horas posteriores a la intervención,(49) teniendo en cuenta que la artroplastia total de cadera permite la carga sobre la articulación prácticamente a las 24 horas de la intervención quirúrgica (según características generales del paciente).

En relación a la aparición de complicaciones, los datos confirman los resultados del análisis de las entrevistas, y es que están en relación directa con las estancias prolongadas y el tipo de cirugía realizada, aunque en algunos casos como los del Jefe de Servicio, no se justifique de ese modo.

En relación a las necesidades de transfusión sanguínea de estos pacientes, es de destacar que en la Cirugía Ortopédica, la demanda de transfusiones sanguíneas ha aumentado en las últimas décadas,(50) siendo la donación homóloga altruista limitada e insuficiente. Entre las nuevas opciones, se encuentra la recuperación de sangre autóloga, una alternativa real y eficaz.

Un 68,6% de los pacientes requirieron transfusión sanguínea en los días posteriores a la intervención. La cirugía de cadera está asociada a un alto volumen de pérdida de sangre perioperatoria, por lo que además de los aspectos derivados de los costes relacionados con la disponibilidad, almacenamiento y administración de sangre compatible entre

donante y receptor, existe una preocupación creciente respecto a la relación entre la transfusión sanguínea alogénica y una mayor incidencia de complicaciones postoperatorias (hipotensión severa,...), mayor estancia en unidades de cuidados intensivos e infecciones (efecto inmunomodulador, reacción anafiláctica), lo que invita a una revisión de la práctica transfusional y a la búsqueda de alternativas. Desde el punto de vista de la rehabilitación física del paciente, si se encuentra anémico, no tendrá fuerza para realizar los ejercicios pautados por el fisioterapeuta ni para iniciar la marcha, retrasando el proceso de rehabilitación y el alta hospitalaria.

En la Tabla 40 podemos observar la relación existente entre los pacientes que requieren ser transfundidos durante el postoperatorio y el tipo de cirugía (PPC/PTC), siendo que en 45,7% de los casos de transfusión sanguínea ocurre en las PPC.

En la Tabla 41 estudiamos la relación entre los pacientes transfundidos durante el postoperatorio y la estancia media hospitalaria, siendo que el 54,3% de los casos con transfusión sanguínea se corresponden con estancias superiores a ocho días.

		Transfusión		Total	
		si	no		
PPC	si	Recuento	32	11	43
		% del total	45,7%	15,7%	61,4%
	no	Recuento	16	11	27
		% del total	22,9%	15,7%	38,6%
Total		Recuento	48	22	70
		% del total	68,6%	31,4%	100,0%

Tabla 40. Tabla de contingencia: transfusión y tipo de prótesis.



			Transfusión		Total
			si	no	
<b>Estancia total &gt;8 días</b>	<b>NO</b>	<b>Recuento</b>	10	7	17
		<b>% del total</b>	14,3%	10,0%	24,3%
	<b>SI</b>	<b>Recuento</b>	38	15	53
		<b>% del total</b>	54,3%	21,4%	75,7%
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	48	22	70
		<b>% del total</b>	68,6%	31,4%	100,0%

Tabla 41. Necesidades de transfusión en los pacientes con prótesis de cadera en función de la estancia media hospitalaria.

En este sentido, los resultados de varios artículos españoles,(49) invitan a considerar la utilización de hierro intravenoso en el preoperatorio de la fractura de cadera, con el objeto de estimular la eritropoyesis e intentar disminuir la tasa transfusional en estos pacientes.

Siguiendo el ejemplo del traumatólogo entrevistado en otro centro hospitalario privado, que como hemos dicho, aplica transfusiones autólogas a los pacientes intervenidos de prótesis de cadera durante la cirugía, se realiza una búsqueda bibliográfica al respecto. Según los artículos revisados(50-58)hay dos alternativas para evitar la transfusión alogénica y sus complicaciones: una es la administración de eritropoyetina al paciente, que a pesar de que supone un alto coste, compensa la reducción de costes globales hospitalarios asociados a la práctica transfusional habitual; y otra es la transfusión autóloga.

Muñoz, M, et al, describen el marco legal del uso de sangre autóloga(51) partiendo de la base, como ya hemos dicho, de que en la actualidad se está reconsiderando el uso de transfusión de sangre alogénica con el objetivo de disminuir la incidencia de complicaciones postquirúrgicas junto a otros efectos agudos o crónicos, con el objetivo de transfundir menos y mejor, con menos riesgo y coste menor. Según esta investigación, los “programas de ahorro de sangre” se sustentan en cuatro pilares básicos: “aceptación de anemia normovolémica”, “corrección de anemia perioperatoria y aumento del aporte de oxígeno”, “disminución de la hemorragia periquirúrgica”, y “uso de sangre autóloga, en sus diferentes modalidades: donación preoperatoria, hemodilución normovolémica, y recuperación perioperatoria”.

Según Sturdee et al.(56), con el uso de drenajes autólogos, consiguieron reducir la tasa de transfusión en artroplastias totales de cadera no cementadas del 23% al 6%, así como la estancia media de los pacientes en dos días, sin obtener ningún efecto adverso. Wojan et al.(58) obtuvieron en su estudio una reducción en la necesidad de transfundir a los pacientes de prótesis de cadera del 25%, concluyendo que la autotransfusión es un método seguro, útil, y más económico que la transfusión alogénica.

En relación con la necesidad o no de retirar de forma precoz el sondaje vesical como recomendaban los informantes enfermeros, para evitar ITU y pérdidas de tono vesical que retrasen el alta del paciente, la Sociedad Gallega de Medicina Interna(49) establece que no existen evidencias de calidad sobre la necesidad del sondaje vesical en enfermos con fractura de cadera, por lo que debe evitarse, salvo en las siguientes circunstancias: incontinencia urinaria, retención urinaria y necesidad de monitorización de la función renal o cardíaca.

Creación de una unidad especializada en COT.

Es imprescindible contar con una amplia plantilla de personal fijo, formado adecuadamente, con cursos periódicos de reciclaje tanto a nivel médico, como de enfermería y personal auxiliar. No se debe olvidar realizar una gestión adecuada de camas de modo que no exista posibilidad de tener pacientes periféricos, para evitar pérdidas de tiempo y complicaciones; horarios establecidos de visita médica, y que esta se realice diariamente, y de forma conjunta con la enfermera responsable del paciente; ofrecer el material necesario para asegurar la correcta atención y manejo del paciente así como la salud laboral del trabajador. Programa precoz e intensivo de rehabilitación, así como el fomento de alianzas con centros concertados o plataformas de atención domiciliaria integral.

Según Batsis et al.(59), la atención hospitalaria del paciente con PTC en unidades especializadas de COT supone una reducción de costes innecesarios durante el ingreso, así como una forma de optimizar el flujo de pacientes en el postoperatorio.

Es necesaria la creación de un equipo multidisciplinar para ofrecer una atención multidisciplinar adecuada a las necesidades del paciente, y evitar tiempos muertos, se

hace necesario integrar en el equipo de traumatología y cirugía ortopédica un geriatra/especialista en medicina interna y un asistente social, de manera que se llevara a cabo un exhaustivo seguimiento del paciente desde el día del ingreso, para evitar complicaciones asociadas a las características del mismo (anciano y pluripatológico), y solventar desde ese mismo día los problemas sociales que presente el paciente (búsqueda de residencia, adaptación del domicilio,...). La totalidad de los informantes coinciden en que para solucionar el problema de las estancias alargadas por problemas sociales se debe realizar un informe multidisciplinar el día de la cirugía, valorando las posibilidades reales de recuperación de la autonomía del paciente, así como de las necesidades con las que contará en el momento del alta.

Según un artículo publicado por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI),(60) el aumento progresivo de pacientes hospitalizados de edad avanzada, con pluripatología y polifarmacia, obliga a adaptar la atención hospitalaria a las necesidades de esta población. Los Internistas atienden a un grupo importante de estos pacientes, ya sea directamente o indirectamente, a través de interconsultas generadas desde otras especialidades.

Coincidiendo con los resultados del estudio, según la opinión del Dr. San José(60), miembro de la SEMI, existen una serie de condicionantes que obligan a una atención sanitaria multidisciplinar ajustada a las necesidades de este grupo de pacientes con edad avanzada y pluripatología, como son: la edad avanzada generadora de fragilidad, la presencia de enfermedades crónicas que condicionan la necesidad de atención continuada, la pluripatología-polifarmacia que condiciona complejidad, la incapacidad física y psíquica, y los condicionantes sociales adversos que conllevan riesgo social.

Se ha demostrado(49) que la atención médica programada a pacientes quirúrgicos, propiciándose la formación de equipos multidisciplinarios de trabajo en algunos casos, puede mejorar su morbimortalidad y la estancia media hospitalaria.

Según Peterson et al.(25), siguiendo un modelo basado en la “mejor práctica médica”, con un programa de educación al paciente en el preoperatorio por un equipo multidisciplinar, siguiendo unos estándares para controlar la infección y un modelo estandarizado de rehabilitación, consiguieron reducir una media de cinco días la

estancia media en PTC, alcanzando una estancia hospitalaria media de 6,1 días. Así mismo, redujeron la tasa de infección del 1% al 0,16%.

El internista es uno de los especialistas más reclamados en las plantas quirúrgicas, debido a su polivalencia y capacidad de enfoque multidisciplinar, como lo atestiguan las experiencias publicadas por varios grupos de trabajo en nuestro medio(49), y se ha insistido en la necesidad de la implicación de los servicios de Medicina Interna en la atención de estos pacientes. En el ámbito de la Traumatología, se ha comunicado muy recientemente la experiencia de un equipo multidisciplinar formado por traumatólogos e internistas, con resultados favorables, no sólo en cuanto a la evolución clínica de los enfermos sino también en los niveles de satisfacción de cirujanos y personal de enfermería.

Los pacientes con PPC son un buen ejemplo para realizar una intervención multidisciplinar, tanto por sus características clínicas, sus comorbilidades asociadas, como por las complicaciones postoperatorias descritas a través de los datos estadísticos y del análisis del discurso de los profesionales.

Hasta ahora, recordamos que en el Hospital tienen que cursar partes interconsulta al servicio de Medicina Interna, por lo que se tarda de 2 a 3 días en valorar al paciente y hacer un diagnóstico adecuado. El problema de esperar tantos días es que en personas de edad avanzada y pluripatológicas, las complicaciones pueden ser graves, y difíciles de resolver, por lo que muchas veces conllevan un aumento de los días de estancia que pueden llegar incluso al mes, con las consecuencias que ello tiene tanto a nivel físico y psíquico para el paciente, como a nivel económico para la Institución (consumo de recursos con impacto en costes).

Siguiendo con el artículo de la SEMI(60), coincide de nuevo con los resultados del estudio en que las estrategias preventivas son de enorme importancia en las personas de edad avanzada ingresadas, dado que el ingreso hospitalario en estos pacientes puede ocasionar una serie de reacciones en cadena que en ocasiones son parcial o totalmente evitables, y que acaban conduciendo a la aparición de síndromes geriátricos, institucionalización e incluso la muerte. Destacan como complicaciones, por su gravedad o por sus secuelas, las infecciones nosocomiales, las reacciones adversas a

medicamentos, la enfermedad tromboembólica, la desnutrición, el síndrome de inmovilidad, el síndrome confusional agudo y las úlceras por presión; complicaciones que se podrían evitar reduciendo el ingreso hospitalario, mediante la puesta en marcha de “unidades de corta estancia”, de “media estancia”, u “hospitalización a domicilio”, que faciliten el alta precoz.

Dichas complicaciones han sido descritas tanto por el personal médico como de enfermería a lo largo de las entrevistas, justificando su aparición con la inadecuada coordinación interdisciplinar, y siendo motivo de más para promover una nueva forma de trabajo en equipo.

En cuanto al síndrome de inmovilidad, la coordinación con el equipo de rehabilitación es fundamental, ya que se debería prestar una atención precoz, incluso desde el día del ingreso, para evitar la aparición de la atrofia muscular que retrasaría después de la cirugía la ganancia de masa muscular, de fuerza y capacidad de marcha y, en consecuencia, el restablecimiento de la autonomía del paciente. Además, la inmovilización, y la no realización de cambios posturales, conllevan la aparición de úlceras por presión, que son difíciles de resolver en este tipo de pacientes con pluripatología.

El principal problema que destacan los informantes es que los partes interconsultas del servicio de traumatología al de rehabilitación se hacen cuando el paciente lleva operado varios días, y en consecuencia entre que el paciente es valorado por el médico rehabilitador, éste prescribe el tratamiento adecuado, y el fisioterapeuta lo pone en marcha, pasan otros dos días (si es entre semana, porque si queda en medio el fin de semana, pasan más días). Mientras tanto, al paciente no se le han dado normas de actuación ni se le ha recomendado hacer ejercicios, por lo que debido a que son personas muy mayores, se produce una pérdida importante de movilidad y atrofia muscular generalizada, que retrasa la recuperación. Por otro lado, al alargarse las estancias los pacientes se desorientan, empeora su estado de ánimo, y no están incentivados, por lo que no colaboran en el tratamiento.

En definitiva, en cuanto a la adecuación o no del programa de rehabilitación, los informantes estaban de acuerdo en que se necesitaría desarrollar un programa más

exhaustivo, y que actualmente no se hace por falta de recursos humanos y físicos. En cualquier caso, no hay un protocolo definido previamente el cuál se facilite tanto a los profesionales del servicio como al propio paciente, con recomendaciones y ejercicios a realizar antes de la cirugía y después de la misma.

Según los resultados de un trabajo de Investigación(61) llevado a cabo con pacientes de prótesis de cadera en un servicio de Medicina Física y Rehabilitación, no existe un programa de rehabilitación para el postoperatorio de prótesis de cadera universalmente aceptado. Aunque se puede conseguir una cadera indolora sin seguir un protocolo determinado, un programa de rehabilitación bien diseñado acelerará la recuperación del movimiento y la función, disminuirá la claudicación y facilitará la vuelta a una vida independiente.

Por tanto, podemos concluir que instaurando un programa adecuado de rehabilitación en prótesis de cadera, se pueden evitar parte de las posibles complicaciones de las que hablábamos anteriormente, como pueden ser infecciones, alteraciones vasculares, atrofia muscular y úlceras por presión principalmente, reduciendo así la estancia hospitalaria.

Finalmente, tanto los cirujanos como las enfermeras y fisioterapeuta han resaltado la necesidad de mejorar la comunicación entre el equipo asistencial, para tener información en tiempo real de la evolución de los pacientes, o de las posibles complicaciones que puedan surgir, para poner los medios necesarios a su alcance para solucionarlas.

## **PROTOSLOS PTC/PPC.**

Se hace necesario instaurar protocolos en los que se defina de forma clara no sólo si es apropiada o no la implantación de la prótesis en función de la valoración clínica y social del paciente (¿es recuperable?¿era independiente para las ABVD?,...), sino la metodología de la cirugía, el modo de proceder antes y después de la intervención, sin olvidar lo más importante: cómo, cuándo y quién es el responsable de cada intervención con el paciente. Los protocolos tienen que definir las tareas de cada profesional por cada

turno de trabajo, el modo de actuar ante una incidencia, el proceso de comunicación y de interrelación en un equipo multidisciplinar, la forma de evaluar la práctica asistencial, así como tienen que estar disponibles para su estudio por parte de toda nuevo profesional que entre a formar parte del equipo, para evitar sobrecargar de trabajo el resto de los profesionales del servicio, que hasta el momento son los encargados de formar a los nuevos empleados.

Con la instauración de protocolos, se pueden diferenciar las características clínicas y la forma de proceder con los pacientes con prótesis parciales y totales de cadera, las cirugías programadas y urgentes, así como disminuir la variabilidad clínica entre los traumatólogos del equipo asistencial del hospital y los externos.

Las variaciones geográficas en los procedimientos de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) han sido reconocidas en diversos estudios en muchos países. En España, el Grupo ATLAS\* , ha llevado a cabo un estudio sobre la variabilidad en los procedimientos de COT. En ellos se ha observado que, por lo general, los procesos de baja variabilidad se asocian a situaciones en las que existe un amplio acuerdo clínico. Es decir, situaciones donde hay unanimidad sobre la pauta de tratamiento más adecuada.

En estos casos, como son por ejemplo la fractura de cadera, existe poco espacio para la discrecionalidad médica. Por el contrario, los procesos de elevada variabilidad se asocian a aquellos en los que se da un gran componente de discrecionalidad médica, como pueden ser, por ejemplo, los casos de artroplastias.

Del análisis del discurso queda claro que existe un protocolo de prótesis de cadera, pero que no se sigue por varios motivos, tales como la falta de tiempo por exceso de carga de trabajo, falta de formación del personal nuevo, falta de insistencia y control por parte de los cirujanos y de las coordinadoras de enfermería, así como falta de motivación e interés en el trabajo de los profesionales sanitarios.

El principal problema de la falta de seguimiento de los protocolos es la aparición de complicaciones tales como infecciones (por no retirar a tiempo una vía o una sonda

---

\* Grupo ATLAS VPM de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en [ww.atlasvpm.es](http://ww.atlasvpm.es)

vesical), úlceras por presión (por no realizar adecuadamente los cambios posturales), luxaciones (por no seguir las recomendaciones de movilización de prótesis de cadera),...y cuya consecuencia directa es el alargamiento de las estancias hospitalarias de estos pacientes.

Si tenemos en cuenta que el GRD 818 es uno de los 25 más frecuentes de los hospitales españoles, el impacto de las estancias evitables supone una enorme repercusión económica para la Institución.

En el Anexo V se adjunta el plan de cuidados estandarizado del Hospital de León, y como Anexo VI el “Plan de cuidados estándar de Artroplastia de Cadera” del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, que estima como estancia media estándar 8 días.

En la Tabla 42 observamos los resultados de la actividad asistencial de dichos hospitales.

<b>AÑO</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>	<b>Estancias totales</b>	<b>Estancia media</b>	<b>E.Media SAS</b>	<b>Impacto Estancias evitables</b>	<b>Peso medio</b>	<b>Nº de 25 GRD</b>
<b>HOSP. LEÓN 2006</b>	251	7,91	2.296	10,07				
<b>H.U.R.SOFÍA 2006</b>	344	0,84	3.653	10,62	11,05	-148,01	3,83	18º
<b>H.U.R.SOFÍA 2005</b>	381	8,88	3.551	9,32	11,73	-918,72	3,76	2º

**Tabla 42. Actividad asistencial de dos hospitales públicos españoles.**

Como podemos observar, al igual que ocurre en el hospital donde se ha centralizado el estudio, aún existiendo un plan de cuidados estándar para la prótesis de cadera, la estancia media dista de la considerada como estándar, aunque en el caso del H.U. Reina Sofía, es inferior a la estancia media del Servicio Andaluz de Salud.

Es por ello que quizá no sea sólo necesario un protocolo de actuación, sino instaurar una Vía Clínica de artroplastias de cadera y evaluarla en el paso del tiempo, en base a los resultados obtenidos y a la mejor evidencia científica disponible.



Kim et al.(62), en una revisión sistemática llevada a cabo para examinar la efectividad de las vías clínicas en PTC y prótesis total de rodilla, llegaron a la conclusión de que las vías clínicas son exitosas para reducir costes y estancia media en hospitales de agudos, sin comprometer los resultados clínicos ni la calidad asistencial. Obtuvieron una reducción media del 30% de los días de estancia hospitalaria, y en el caso de las PTC, una reducción entre 1,5 y 4,3 días. Respecto a los costes, se obtuvo un rango que fue de los 764 \$ a los 7.375 \$ por paciente (un 11% de media en los costes totales). Healy et al.(63), en un estudio coste-efectividad, llega a la misma conclusión: las vías clínicas reducen los costes y la estancia media, sin afectar a los resultados quirúrgicos, las complicaciones ni el nivel de satisfacción del paciente.

## **JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA**

Las vías clínicas (clinical o critical pathways), también se denominan<sup>44</sup> mapas de cuidados (care maps), guías prácticas, protocolos de atención coordinada (care protocols), vías de atención integrada (integrated care pathways), vías de atención multidisciplinaria (multidisciplinary pathways of care), programas de atención colaborativa, vías de alta anticipada (anticipated recovery pathways), vías de atención o gestión de casos clínicos.

Las vías clínicas son una herramienta de coordinación que representa una posible solución para los defectos de calidad detectados en nuestro estudio, definiendo la secuencia, duración y responsabilidad de las actividades del día a día de médicos, enfermeras, y otros profesionales, para un diagnóstico o procedimiento particular, con un curso clínico predecible, optimizando la secuencia de actos médicos, sin dejar tiempos muertos ni retrasar decisiones claves del proceso por falta de información (hechos que ocurrían en el Servicio de Traumatología evaluado), mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia.(64)

Por tanto, una Vía Clínica recoge las intervenciones realizadas por todos los profesionales que participan en el proceso clínico según la mejor práctica basada en la evidencia disponible:

- En un momento dado: el presente.
- Para una determinada población de enfermos: en nuestro caso, el GRD 818.
- En un entorno definido: en atención especializada y sociosanitaria.
- Para dar una perspectiva interdisciplinar, capaz de identificar las expectativas del paciente, los sucesos que son críticos en la prolongación de la estancia hospitalaria, así como los métodos de mejora de la calidad y del coste-efectividad de la actividad asistencial.
- Sin reemplazar, en ningún caso, el juicio clínico del profesional.

Coordinan y ensamblan las dimensiones de la calidad asistencial,(64) tanto los aspectos más estimados o implicados por los profesionales sanitarios (Calidad científico-técnica, optimización de la atención y coordinación entre profesionales sanitarios), como los de los enfermos (Información, participación y ajuste de las expectativas), y los de los gestores (eficiencia, evaluación continua y gestión de costes).

Es por ello por lo que resulta interesante plantear la implantación de la vía clínica de prótesis de cadera como una mejora de la calidad asistencial prestada en el hospital en el que se ha realizado la Investigación, ya que con ella se tienen en cuenta los tres aspectos evaluados en el estudio (los profesionales sanitarios, los pacientes, y la repercusión económica para el centro por exceso de consumo de recursos y aumento de costes). Por tanto, al tener los datos extraídos de las entrevistas y de las historias clínicas, contamos con una buena herramienta para planificar las mejoras. Por otro lado, hemos comprobado a lo largo del estudio que en el Hospital existen protocolos, pero no se siguen, por lo que a efectos de práctica clínica es como si no existieran. En cambio, como la vía clínica describe cómo, cuándo, y en qué secuencia se hace cada cosa, y además es evaluada, se reducen al mínimo las posibilidades de aparición de las complicaciones descritas por los informantes, causadas por desconocimiento de los tiempos en los que se debe llevar a cabo cada actuación, por la falta de información, y por la descoordinación entre profesionales sanitarios.

No podemos olvidar en este punto frases de los informantes como *“las cosas se hacen bien, pero a destiempo”*, *“al final, la calidad es buena”* o *“Claro, el problema es cosas innecesarias. Que luego en el fondo se les da una buena atención a los pacientes, que tampoco están desatendidos”*.\*

Uno de los beneficios de la implantación de una vía clínica es poder preveer las posibles complicaciones que pudieran surgir en la práctica asistencial del paciente sometido a artroplastia de cadera, además de ser más objetivos en la comparación con estándares predefinidos.

Como dijimos en la introducción, el GRD 818 (prótesis de cadera) es uno de los 25 GRD más frecuentes del hospital, con la repercusión en la gestión económica y de consumo de recursos que ello supone para la Institución. Las vías clínicas suelen plantearse precisamente para procedimientos médicos o quirúrgicos de gran volumen, alto riesgo (inadecuación de estancias, % de infecciones nosocomiales, morbimortalidad,...) o alto coste, que requieren la cooperación de múltiples profesionales (a lo largo del estudio hemos hablado de la importancia de que los traumatólogos trabajen en equipo con internistas o geriatras, rehabilitadores, o en colaboración puntual con urólogos, psicólogos o asistentes sociales entre otros profesionales sanitarios), y que se caracterizan por una amplia variabilidad.

La utilidad de las vías clínicas se justifica(64) con el hecho de que en la actualidad existen en funcionamiento más de 1.500 vías clínicas establecidas, especialmente en los países anglosajones.

En Madrid, en el Hospital La Paz(64), uno de los pilares básicos de calidad es el desarrollo de Vías Clínicas como instrumento de gestión clínica. La primera se puso en marcha en el año 1998, y desde entonces el Hospital cuenta con más de 90 Vías desarrolladas e implantadas. Partieron de las evidencias de la literatura científica que avalaban la implantación de las vías clínicas con la obtención de resultados satisfactorios en la mejora continua de la calidad (ver Tabla 43). Los resultados de su implantación en el hospital La Paz, han revelado, según datos publicados por el propio Hospital:

---

\* Texto recogido del discurso del personal de enfermería.

- Mayor eficiencia en la reducción de estancias y costes.
- Mejora de la efectividad clínica con una disminución de las variaciones no justificadas.
- Reducción de las complicaciones y readmisiones al alta.
- Mayor coordinación entre servicios.
- Incremento de la información y satisfacción del paciente.

<b>AUTORES Y CITA BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>Gregor C y col</b> <b>Jt Comm J Qual Improv, 1996,</b> <b>22:9,</b> <b>617-28</b>	ARTROPLASTIA DE CADERA	- Reducción (12 a 9 días; p < 0,001) R- Reducción de profilaxis antimicrobiana inadecuada R- Reducción en tests de laboratorio - No cambio en complicaciones postoperatorias o reingresos
<b>Lindstrom CC y col</b> <b>J Semin Nurse Manag</b> <b>1995;3(3):1336</b>	PROTESIS TOTAL DE CADERA	- Reducción de 3,92 días - Reducción de \$667 por enfermo (costes directos) - No reingresos por complicaciones en 2 años
<b>Tallis G y col</b> <b>Aust J Public Health 1995;</b> <b>19(2):1559</b>	FRACTURA DE FEMUR	- Estancia de 19,3 días a 11,0 días - No diferencias en frecuencia de infección

**Tabla 43. Resultados obtenidos en la atención sanitaria mediante Vías Clínicas. Unidad de Garantía de Calidad del Hospital Universitario La Paz de Madrid.**

En el Hospital General Universitario Gregorio Marañón(65), en Madrid, el Servicio de Medicina Preventiva y la Dirección de Calidad llevaron a cabo un estudio para evaluar el impacto de la vía clínica de artroplastia de cadera en la mejora de la calidad en todos los aspectos de la asistencia sanitaria seis años después de su implantación. Se detectó una reducción estadísticamente significativa tanto en las estancias totales como en las prequirúrgicas, pasando de una media de 19,41 a 10,12 días de estancia media, y de 4,5

a 1,08 días de estancia preoperatoria. La tasa de complicaciones permaneció estable a lo largo de los años. En definitiva, la conclusión de los autores es que la implantación de la vía clínica ha supuesto una reducción en el consumo de recursos y una mejora en la organización del trabajo.

Según el informe de los resultados de la implantación de la Vía Clínica de artroplastia total de cadera en un Hospital Universitario de EEUU(66), la estancia media de hospitalización en PTC se redujo de 4,41 días a 3,24, contando con altos niveles de satisfacción en los pacientes implicados, y sin aumento de complicaciones ni readmisiones. Según los autores del estudio, la implantación de la vía clínica en PTC es recomendable para reducir la estancia media, facilitar un uso efectivo de los recursos, y preservar la calidad de los cuidados sin comprometer la satisfacción del paciente ni su seguridad.

Los resultados de un metaanálisis(67) llevado a cabo por el Departamento de Medicina Clínica y Experimental de la Universidad de Avogadro, Italia, en el que evaluaron los resultados de la implantación de la Vía Clínica de prótesis de cadera y rodilla en comparación con un tratamiento convencional, fueron los siguientes: en los pacientes del grupo que siguió las instrucciones de la Vía Clínica se detectaron significativamente menos complicaciones postoperatorias, así como una reducción de la estancia media y de los costes de la hospitalización. Sin embargo, no hubo diferencias respecto al traslado del paciente al domicilio en el momento del alta. A pesar de la reducción en los costes de la asistencia prestada, no fue posible concluir si la implantación de la Vía Clínica es un proceso coste-efectivo, pues en ninguno de los estudios analizados se detallaba el coste de la implantación de dicho proceso. En cualquier caso, debido al aumento de cirugías de artroplastia de cadera y rodilla, las Vías Clínicas pueden contribuir a mejorar la calidad de la asistencia y el coste-efectividad.

Según una revisión(62) de 11 estudios en los que se evaluaba el impacto de la implantación de las vías clínicas de artroplastia total de rodilla y de cadera, se obtuvieron las siguientes conclusiones (aunque el autor advierte de que hay que ser cautelosos con las mismas, porque algunos estudios tenían fallos metodológicos, por ejemplo, al contabilizar las estancias por tratamiento rehabilitador):

- Con las guías clínicas, se reducen los costes y la estancia media hospitalaria en pacientes operados de artroplastia total de rodilla y cadera, sin comprometer por ello el nivel funcional obtenido por el paciente tras la cirugía, ni causar un aumento de complicaciones que conduzcan a un reingreso.
- Con la introducción de las guías de práctica clínica, los costes por caso se redujeron entre 763\$ y 7.375\$. El porcentaje medio de reducción fue de un 11%, en un intervalo del 8% al 38%.
- Los días de estancia hospitalaria se redujeron en la artroplastia de cadera entre 1,5 y 4,3 días, y de 1,5 a 6,2 días en rodilla, observándose una reducción media de un 30% en las estancias en hospitales de agudos.

Según un estudio realizado en un hospital universitario terciario de Melbourne(68), Australia, en el año 1998, el uso de la guía clínica en pacientes con fractura de cadera mostró un beneficio en la disminución de la estancia media del grupo experimental respecto al control, 6,6 días frente a 8,0. La mayor diferencia se encuentra en la estancia media de los pacientes que requirieron evaluación por la unidad geriátrica (ancianos frágiles): 13,6 días del grupo control, frente a 9,5 del experimental. En cambio, las tasas de complicaciones y reingresos no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Teniendo en cuenta los resultados del estudio tras analizar el discurso del personal del Servicio de Traumatología de la Clínica, es obvio que se necesita hacer algo para mejorar los resultados, para que el servicio resulte más eficiente, y principalmente, para potenciar la Calidad Asistencial prestada a los pacientes. Por ello se va a plantear la puesta en marcha de la Gestión por Procesos, instaurando la “Vía Clínica de Artroplastia de Cadera”.

Con ello estamos cumpliendo también con una de las estrategias del Ministerio de Sanidad y Consumo para fomentar la excelencia clínica, a través de su “Plan Nacional de Calidad”, en el que se refleja la necesidad de diseñar y desarrollar estudios para disminuir la variabilidad en cirugía ortopédica, así como para conocer la calidad de vida y las variables y factores determinantes en los pacientes con implante de prótesis de cadera.

**ESTRATEGIA 10.- MEJORAR LA PRÁCTICA CLÍNICA**

[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec\\_pnc05.htm](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec_pnc05.htm) - o3

**1. Documentar y proponer iniciativas tendentes a disminuir la variabilidad no justificada de la práctica clínica.**

132. Diseñar y desarrollar estudios y propuestas metodológicas para analizar la variabilidad de la práctica clínica en procesos relacionados con la seguridad del paciente.

133. Diseñar y desarrollar estudios y propuestas metodológicas para analizar la variabilidad de la práctica clínica en enfermedades prevalentes: cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, accidente vascular cerebral y EPOC.

134. Diseñar y desarrollar estudios y propuestas metodológicas para analizar la variabilidad de la práctica clínica en Determinados procedimientos quirúrgicos y diagnósticos de alto coste y elevada complejidad relacionados con las patologías de mayor prevalencia (cirugía cardíaca y procedimientos relacionados, cirugía ortopédica y cáncer entre otros).

**2. Impulsar la elaboración y el uso de guías de práctica clínica vinculadas a las estrategias de salud, consolidando y extendiendo el Proyecto Guía-Salud y formando a profesionales.**

135. Consolidar y Extender el Proyecto Guía-Salud.

136. Establecer una metodología válida para el Sistema Nacional de Salud para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.

137. Elaborar Guías de Práctica Clínica de interés global para el Sistema Nacional de Salud que apoyen la implantación de las Estrategias en Salud.

138. Organizar Seminarios y eventos con la participación de Sociedades Científicas, Agencias de Evaluación y de Calidad y desarrollar actividades de sensibilización a profesionales sobre la elaboración, implantación y uso de Guías de Práctica Clínica.

**3. Mejorar el conocimiento sobre la calidad de vida de los pacientes**

139. Diseñar y realizar estudios sobre la calidad de vida y las variables y factores determinantes al cabo de un año de recibir un trasplante de órgano sólido.

140. Diseñar y realizar estudios sobre la calidad de vida y las variables y factores determinantes al cabo de un año tras un Accidente Cerebrovascular Agudo.

141. Diseñar y realizar estudios sobre la calidad de vida y las variables y factores determinantes en pacientes mastectomizadas.

142. Diseñar y realizar estudios sobre la calidad de vida y las variables y factores determinantes en pacientes que han recibido una prótesis de cadera.

143. Diseñar y realizar estudios sobre la calidad de vida y las variables y factores determinantes en el "anciano frágil" con reingresos frecuentes.

## **PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA. SERVICIOS SOCIALES.**

Un 95,4% de los pacientes regresan al domicilio particular o a la residencia previa al ingreso hospitalario, y únicamente un 44,3% tiene prescripción de rehabilitación domiciliaria al alta. En ambos casos los datos confirman el discurso de los profesionales, que no hay centros concertados de cuidados medios donde derivar a los pacientes una vez haya pasado el momento crítico tras la cirugía, y que el apoyo del programa de rehabilitación domiciliaria es escaso. De forma añadida, los profesionales de la enfermería se quejaban de que la planificación del alta se hacía el mismo día del traslado del paciente. Es en ese momento cuando aparecen los problemas “sociales” de los pacientes, y cuando los familiares comienzan la búsqueda de residencias privadas, o la forma de adaptar el domicilio familiar, solicitando al traumatólogo el retraso del alta hasta que encuentren la solución.

La planificación del alta es el desarrollo de un plan de alta individualizado para el paciente antes de su salida del hospital, con el propósito de disminuir los costes y mejorar los resultados de los pacientes. La planificación del alta garantizará que los pacientes sean dados de alta del hospital en el momento oportuno de su atención sanitaria con el aviso previo correspondiente, y también organizar el suministro de servicios de asistencia social.

Según algunas investigaciones(70,71)realizadas sobre la influencia de las enfermeras gestoras de casos en la planificación del alta hospitalaria, el seguimiento del paciente y la realización de un informe de continuidad de cuidados, así como la necesaria implicación del equipo multidisciplinar en la evaluación de las necesidades del paciente y la familia, son fundamentales para implantar un adecuado sistema de planificación del alta. Así mismo, los resultados demuestran(70)que las intervenciones de las enfermeras gestoras de casos mejoran la salud emocional de los cuidadores principales, situándolos en disposición de asumir el cuidado del paciente en el domicilio, con el consecuente impacto directo en la estancia media hospitalaria y en los costes asociados a la misma.

El objetivo de la planificación del alta es, por tanto, reducir la duración de la estancia hospitalaria y mejorar la coordinación de los servicios después del alta del hospital. Los



informantes creen que la instauración de un equipo multidisciplinar de atención domiciliaria (que ofreciera tanto asistencia médica, de enfermería, rehabilitación y social) sería una óptima alternativa para los pacientes con artroplastia de cadera, principalmente para las PPC. En cualquier caso, en el momento del alta, el paciente debe recibir junto a su informe de alta un documento con las recomendaciones básicas para el manejo en el domicilio, como el que se adjunta en el Anexo VII.

Siguiendo las recomendaciones del “Institute for Innovation and Improvement” (NHS)<sup>1</sup>, dentro de las herramientas con las que contamos para mejorar la calidad y el servicio a nuestros pacientes, encontramos las medidas necesarias para reducir la estancia media:

- Existencia de un plan proactivo de todo el proceso de cuidado, así como una planificación del alta hospitalaria. Las vías clínicas deberían incluir una fecha aproximada de alta, que el paciente debe conocer antes del ingreso.
- Planificar las altas en la mañana, antes de la “hora pico” de nuevos ingresos, ayuda a mantener el flujo de pacientes.
- Reducir la estancia media aumentará la capacidad del sistema, incluyendo el número de camas disponibles y el tiempo del personal, lo que afectará directamente a la disminución de los tiempos de espera, maximizando la productividad y mejorando la satisfacción del paciente.
- Considerar las estancias preoperatorias.
- Usar métodos predictivos del alta para reducir la variabilidad y ayudar a eliminar los retrasos.
- Involucrar a pacientes, familiares o cuidadores, e incluso a los servicios sociales si fuera necesario, en la planificación del alta, de manera que estén preparados y puedan llevar a cabo las medidas de adaptación necesarias.

Los resultados obtenidos por Shepperd et al.(72,73) son contundentes en relación a la comparativa entre la hospitalización tradicional y la hospitalización domiciliaria en artroplastias de cadera. Por un lado, la hospitalización domiciliaria de este grupo de pacientes no supone costes asistenciales inferiores, sin embargo, si supone lograr un mayor índice de calidad de vida para los pacientes. Por tanto, los resultados de este

---

<sup>1</sup> <http://www.institute.nhs.uk/>

estudio concuerdan con la opinión de los informantes al menos al respecto de la calidad de vida de los pacientes, pues sus conclusiones fueron que cuanto más se prolongan las estancias hospitalarias, más deterioro físico y psíquico sufre el paciente.

Según Forrest et al.(74) , la edad, comorbilidades y el soporte familiar o de la comunidad son los factores que afectarán a los costes del cuidado de pacientes con prótesis de cadera. Según este estudio, la estancia media en pacientes con PTC se redujo de 6,4 días a 5,1 con la derivación de los pacientes de mayor edad, que vivían solos y tenían un ASA de 3 (severa enfermedad sistémica que limita la actividad diaria) o 4 (enfermedad severa que amenaza la vida y limita marcadamente la actividad diaria del paciente), a unidades externas de rehabilitación.

Como broche final, se puede decir que los resultados obtenidos son altamente trascendentes, aportan información relevante para la gestión y la mejora de la calidad asistencial en la unidad clínica de referencia, e invitan a profundizar en diferentes áreas de investigación (repercusión en la estancia media del implante de PTC en los casos de fractura de cabeza femoral, de la autotransfusión, de la instauración de un programa de rehabilitación, de la instauración de una vía clínica).

En cuanto a las limitaciones encontradas, en el análisis cualitativo destacamos las propias al analizar una atención sanitaria deficiente, en la que los profesionales del área evaluada están claramente implicados. El hecho de que la persona que realiza el estudio fuera parte del equipo asistencial en épocas anteriores, puede afectar tanto negativa como positivamente al desarrollo de la entrevista.

## CONCLUSIONES

Hay una gran variabilidad en la práctica asistencial en el GRD 818 en el hospital que nos ocupa, así como un alto nivel de insatisfacción principalmente entre el personal de enfermería.

Los resultados obtenidos pueden interpretarse como evidencia indirecta de la existencia de componentes evitables en la atención sanitaria al paciente con patología tributaria de tratamiento mediante artroplastia de cadera. Según la magnitud de las variaciones halladas, pueden tener implicación en los costes y en los resultados de la atención médica.

El problema de las estancias prolongadas en artroplastias de cadera está estrechamente relacionado con el tipo de cirugía, el traumatólogo, la falta de protocolos clínicos, así como la falta de trabajo dentro de un equipo multidisciplinar.

En relación con los objetivos, las conclusiones se resumen en los siguientes puntos:

1. La valoración de la calidad asistencial ofrecida a los pacientes del GRD 818 es mejorable, así como la organización funcional del servicio (trabajo en equipo, definición de roles, asignación de tareas por grupos,...). Trabajar en su mejora repercutiría directamente en el trabajo diario y en el éxito de la asistencia, así como en las estancias medias. Sin una buena coordinación entre equipos asistenciales, ya sean traumatólogos, enfermeras, o internistas, no se puede ofrecer una asistencia sanitaria de calidad. En el análisis cuantitativo se ha puesto de manifiesto la relación entre la estancia media y el número de partes interconsulta, así como la demora en el inicio de rehabilitación.
2. Los protocolos terapéuticos no sólo han de existir en el Servicio de COT, sino que deben desarrollarse basados en la mejor evidencia científica disponible, implantarse y evaluarse periódicamente para asegurar una práctica asistencial de calidad. De no ser así, como ocurre actualmente en el centro de estudio, se incumplen medidas obligatorias de asistencia tanto médica como enfermera que ocasionan directamente algunas de las complicaciones asociadas a estos pacientes, como pueden ser la UPP, ITU, luxaciones, o la necesidad de

transfusión, que repercuten directamente en la estancia media. Como se concluía en el análisis del discurso de enfermería, la falta de protocolos hace que cada profesional trabaje en función de su experiencia y formación, teniendo que encargarse el personal antiguo de formar a las nuevas incorporaciones.

3. La planificación del alta hospitalaria desde el momento del ingreso del paciente, y el seguimiento del enfermo por la enfermera gestora de casos, o el asistente social, es fundamental para que la familia prevea los cambios necesarios en el domicilio para el regreso del paciente intervenido, o bien pueda solicitar una plaza en una residencia donde trasladarle en el momento en que el cirujano prescriba el alta hospitalaria. Tanto en el análisis cualitativo como el cuantitativo ha quedado de manifiesto la influencia de la planificación del alta en la prolongación de la estancia media, puesto que al no contar con alianzas en centros concertados, los pacientes permanecen ingresados en el hospital hasta que hayan recuperado un cierto nivel de funcionalidad para volver a su domicilio.
4. En relación con el punto anterior, para favorecer la circulación de pacientes y la gestión de camas, es necesario generar alianzas con centros sociosanitarios o de recuperación de enfermos crónicos, donde derivar aquéllos pacientes que por sus condiciones físicas o familiares no pueden regresar al domicilio.
5. En el análisis conjunto de ambas metodologías nos hemos encontrado con un dato de interés, y es que el tipo de traumatólogo influye también en la estancia media. Es decir, los problemas relativos a aspectos generales como la falta de organización en el servicio, la falta de protocolos actualizados o de alianzas en centros concertados de derivación de pacientes, afectan tanto a los traumatólogos del hospital como a los externos que únicamente van a operar a la Clínica, lo cuál significa que estos últimos gestionan mejor los problemas, y eso se refleja en los resultados, con una estancia media menor, y un porcentaje reducido de partes interconsulta y complicaciones si los comparamos con el resto. El análisis de esta situación requeriría de un estudio más profundo, pero quizá se deba al hecho de que los pacientes de los cirujanos externos salen de sus consultas particulares, y el éxito de sus resultados y la satisfacción de los pacientes es relevante para el impacto en nuevas consultas por recomendaciones de pacientes. Además, si reducen los días de estancia, se traduce en menos días

que tienen que ir expresamente al hospital a pasar consulta, con lo que repercute directamente en su tiempo.

6. La investigación cualitativa ha resultado relevante en la identificación de las causas del aumento en días de la estancia hospitalaria en prótesis de cadera.

Como conclusión final, y tras analizar los datos cuantitativos, quizá no se deberían incluir en el mismo GRD las prótesis de cadera totales y parciales, puesto que ni el tipo de paciente ni sus comorbilidades son iguales, hechos ambos que influyen como hemos visto en la estancia media y en el consumo de recursos.

## ANEXOS

### ANEXO I: HOJA DE EXTRACCIÓN DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

Nº Historia	Traumatólogo	Factura	Sexo	Edad	Fecha Ingreso	Fecha Cirugía	Fecha alta	Estancia Prequirúrgica	Estancia Postquirúrgica	Estancia Total	Tipo Póliza	Fractura de cadera	Fractura tras caída	Coxartrosis	Necrosis Cabeza femoral	PPC
	Hospital										Directa					
	Externo										Muface					
	Jefe de Servicio										Privado					
	Otros										Otros					

Ingreso Urgente	Total PIC	Petición PIC a Med. Interna	Total PIC Med.Interna	Petición PIC Rehabilitación	Retraso cursar PIC a Rehabilitación	Retraso en comenzar la Rehabilitación	Informe de alta	Complicaciones	Tratamiento rehabilitador
					Se asume que se tiene que cursar el día de la Cx (días)	Desde que se cursa el PIC (días)	Recomendaciones escritas	Si/no	
							Normas posturales	Infección herida quirúrgica	
							Prescripción Rehabilitación Domiciliaria	Micción tardía	
							Programación de curas	ITU	
							Fecha de revisión	Edema	
								Rotación/luxación	
								Transfusión	
								Vía central	
								Flebitis	
								UPP	

Día de comienzo de rhb tras cirugía	Lugar del traslado al alta	Presencia de deterioro cognitivo	Historia clínica electrónica	Comentarios
	Domicilio			
	Residencia de procedencia			
	Residencia Privada			
	Centro concertado socio-sanitario			



# ANEXO II: GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES

## CALIDAD ASISTENCIAL

- Qué te parece la calidad asistencial prestada a los pacientes operados de prótesis de cadera?
- Es importante medir la eficiencia de un servicio?

## ENFERMERÍA

- Hay estabilidad en el personal de enfermería de la planta, o cambian mucho?
- ¿Se hacen las cosas que se tienen que hacer, y cuando se tienen que hacer?
- Se pasan cuestionarios de calidad al personal de enfermería y al paciente con el fin de detectar fallos y evitar incidencias?
- ¿Cuál es el sentimiento de enfermería respecto a la carga de trabajo, que opinas?
- El aumento de la estancia media es causado por fallos en la práctica clínica?
- ¿Te parecen largas las estancias? ¿los traumas le dan importancia a ese hecho?
- Hay diferencias en el modo de proceder si comparamos la prótesis de rodilla y la de cadera?
- Se piden analíticas de control, radiografías,...con el fin de detectar precozmente posibles complicaciones?
- Respecto a los traumas: ¿escriben incidencias y leen las de enfermería? de no ser así, esa forma de actuar conlleva la aparición de complicaciones?; ven a los pacientes todos los días?; cada médico sigue a su paciente después de la cirugía?; se preocupan del estado general del paciente, resuelven ellos los posibles problemas o piden interconsultas a otras especialidades?
- La gestión médica es coordinada? Buena praxis médica? la forma de trabajo de los médicos supone un aumento de carga de trabajo para enfermería?
- Pase de visita médica: comunicación de incidencias. ¿hay un horario?
- En cuanto a la rehabilitación ¿qué hacéis vosotras? ¿si hubiera un fisio en planta que atendiera a estos pacientes, mejorarían antes?
- El alta se planifica precozmente?
- Todos los pacientes en la planta son de trauma?
- Qué tipo de cirugía hay, y cuántas al día?

- ¿Es suficiente el número de camas, quirófanos,...para los pacientes que hay?
- ¿Las habitaciones tienen espacio suficiente para la movilidad?
- ¿Contáis con todo lo necesario para poder desarrollar vuestro trabajo eficazmente?
- ¿Está organizado el trabajo de enfermería por turnos?
- ¿Se necesitaría más personal? ¿Afecta esto a la calidad prestada al paciente?
- ¿Está bien organizado el equipo de enfermería?
- ¿Hay suficiente número de colchones antiescaras, de barandillas,...para evitar complicaciones durante el ingreso?
- ¿Hay programa de asistencia domiciliaria, de enfermería?¿sería importante un seguimiento del paciente al alta?
- ¿Hay diferencias en el modo de trabajar y de implicarse con el enfermo entre las antiguas y las nuevas generaciones de enfermería? ¿hay protocolo de bienvenida? ¿ se forma a los nuevos, se les enseñan los protocolos por patologías? ¿tienen ganas de aprender? ¿suponen una carga de trabajo para el resto de enfermeras?
- ¿Hay formación del personal de enfermería, específica de trauma?¿La demandáis?
- ¿Hay procedimientos de atención de urgencias?
- Es importante la coordinación con el equipo asistencial que atiende al enfermo?
- La no comunicación de incidencias aumenta las complicaciones?accesibilidad a traumas.
- ¿Hay protocolos? ¿Se siguen? ¿Se evalúa el seguimiento?
- ¿No seguir los protocolos supone: aumento de tasa de infecciones, aumento de interconsultas, hacer cosas que demanda la familiar para evitar reclamaciones?
- Variabilidad clínica al alta.
- Valoración de pacientes candidatos a una prótesis de cadera. Valoración posterior.
- Plan de cuidados, y de urgencias
- Detección cambios e incidencias

#### PROBLEMAS SOCIALES

- ¿Existen niveles asistenciales inferiores de descarga? ¿Son suficientes? ¿Hay buena comunicación, y seguimiento del paciente?

- ¿Es la población cada vez más exigente, más demandante? ¿Piensan que los recursos son ilimitados?
- Los pacientes ingresados por problemas sociales, ¿suponen una carga de trabajo?
- Necesidad de asistente social y/o geriatra.

## FORMACIÓN

- ¿Hay formación específica? ¿Cursos de movilización al paciente?
- Sesiones clínicas conjuntas con médicos
- Formación de celadores. Si no saben movilizar, se aumentan los casos de luxaciones. En el caso de que ocurran, se saben detectar a tiempo?

## COMUNICACIÓN ASCENDENTE

- ¿Hay comunicación ascendente con supervisoras, traumas y dirección?
- ¿Hay algo que funcione mal en el servicio?
- Comunicación con la dirección médica, ¿se cuida al personal?

## ESTANCIAS INADECUADAS Y CONSECUENCIAS

- Las estancias son inadecuadas, o están los días que deberían de estar
- Pacientes con estancia preoperatoria. ¿hay muchos? ¿son muchos días? ¿por qué existen? ¿se podrían acortar los días de estancia preoperatoria, cómo? ¿aumentan las complicaciones?
- ¿Los pacientes que están ingresados más días, cuál es el motivo? ¿qué opinas de la problemática social?
- Las estancias inadecuadas, ocasionan mayor consumo de recursos y aumento de complicaciones, o problemas?
- ¿Hay una evolución en la actividad asistencial de la planta en los últimos 4 años?
- ¿Cómo es el tipo de paciente que ingresa? Hay diferencias entre el programado y el urgente?
- ¿El aumento de la estancia media supone un mayor consumo de recursos y elevados costes para el servicio (más tiempo del necesario puesta la alimentación por vía, o sonda urinaria,...)?

## RECURSOS Y COSTES

- ¿Están bien repartidos los recursos? Se hace un uso correcto de los mismos? Os controlan los gastos? Sabéis lo que cuesta lo que se hace cada día? Reparáis en gastos? Está protocolizado?
- ¿Hay control de gastos? ¿Cómo se hace?
- ¿Hay control en el consumo de recursos? ¿Tenéis limitación?
- ¿Existe contabilidad analítica?

## CONCLUSIONES

- Propuesta de mejora de la calidad asistencial
- Causas de aumento de estancia media
- Soluciones al problema social.

# **ANEXO III: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE**

**Título del estudio:** “Análisis de las causas de inadecuación de la estancia hospitalaria en prótesis de cadera. Propuesta de mejora de la calidad asistencial”

**Código:**

**Investigador principal:** Elena García García.

**Ubicación:** Universidad Europea de Madrid. Facultad de Ciencias de la Salud. Fisioterapia.

## ***INTRODUCCIÓN***

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el desarrollo del estudio en el que se le propone participar. Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

Su participación es voluntaria y puede revocar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin que por ello se altere la relación médico-paciente ni se produzca perjuicio en su tratamiento. En caso de retirar el consentimiento para participar en el estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente retenidas para evitar la realización de un nuevo análisis.

## ***FUNDAMENTO***

El estudio que se va a llevar a cabo es un estudio promovido por una investigadora, Elena García García, con el fin de escribir su Tesis Doctoral.

El objetivo final del estudio es “analizar las causas de inadecuación de la estancia hospitalaria en pacientes operados de prótesis de cadera”, y para ello se va a realizar un

estudio de Investigación Cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas, tanto a personal médico y de enfermería como a los pacientes implicados en el proceso, con el objetivo de conocer su opinión y grado de satisfacción con la asistencia prestada y recibida en este tipo de cirugía. Las entrevistas se realizarán de manera individual, de forma totalmente anónima, y serán grabadas para su posterior transcripción y análisis del discurso de los participantes en el estudio.

### ***BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO***

La información que se obtenga en este estudio servirá para mejorar la calidad de la atención hospitalaria, e implantar las medidas de mejora necesarias.

Es posible que usted no obtenga ningún beneficio particular para su salud por participar en este estudio.

### ***CONFIDENCIALIDAD***

Todos los datos recogidos para el estudio, procedentes de su Historia Clínica o facilitados por usted mismo, serán tratados con las medidas de seguridad establecidas en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal. Debe saber que tiene derecho de acceso, rectificación y cancelación de los mismos en cualquier momento.

Sólo aquellos datos de la historia clínica que estén relacionados con el estudio serán objeto de comprobación. Esta comprobación se hará por el Investigador Principal/Investigadores Colaboradores, responsables de garantizar la confidencialidad de todos los datos de las historias clínicas pertenecientes a los sujetos participantes en el ensayo clínico. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el investigador principal/colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica.

En caso de necesitar cualquier información o por cualquier otro motivo no dude en contactar con los investigadores principales del estudio. Así mismo, en caso de dudas respecto a sus derechos debe dirigirse al Servicio de Atención al Paciente del hospital.

Si se publican los resultados del estudio, sus datos personales no serán publicados, y su identidad permanecerá anónima.

Antes de firmar, lea detenidamente el documento, haga todas las preguntas que considere oportunas, y si lo desea, consúltelo con las personas que sea necesario.

:

**Firma del paciente:**

**Firma del investigador:**

**Nombre:**

**Nombre:**

**Fecha:**

**Fecha:**

**Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente**

# ANEXO IV: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

**Título del Estudio:** “Análisis de las causas de inadecuación de la estancia hospitalaria en prótesis de cadera. Propuesta de mejora de la calidad asistencial”

**Código de protocolo:**

**Promotor:** Elena García García.

Yo (nombre y apellidos)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: Elena García García (Nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FECHA :

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA :

FIRMA DEL INVESTIGADOR



# ANEXO V: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE PRÓTESIS DE CADERA.

 <p><b>Hospital de León</b>  <small>AVDA. DE ROMA 401 TEL. (977) 23.74.00          49011 - LEÓN FAX (977) 23.35.22</small></p>	 <p><b>Sacyl</b>  <small>SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE</small></p>	<p>1<sup>ER</sup> APELLIDO-----</p> <p>2<sup>O</sup> APELLIDO-----</p> <p>NOMBRE-----</p> <p>EDAD-----</p> <p>Nº H C-----</p> <p>PROCEDENCIA-----</p>	
<p><b>PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO</b>  <b>PRÓTESIS DE CADERA 81.51</b></p>			
<b>UNIDAD DE ENFERMERÍA</b>	<b>CAMA</b>	<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>
<p><b>PROCESO: PROTESIS DE CADERA ( COLOCACION UNA PROTESIS ARTICULAR)</b>  <b>POBLACIÓN DIANA:</b> Pre y post-operatorio en Unidad de Hospitalización ( no URPA/ REANIMACIÓN)</p>			

PROBLEMAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN							
			FECHA							
<b>PREOPERATORIO</b> Ansiedad r/c ingreso e intervención quirúrgica, m/p preocupación nerviosismo y desconocimiento.	El p. manifestará estar más tranquilo, ante la intervención y haber comprendido la información recibida, acudirá a quirófano oportunamente preparado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar protocolo de admisión de p. en la unidad</li> <li>• Aplicar protocolo de preparación quirúrgica .</li> <li>• Informar de técnicas y cuidados a realizar.</li> <li>• Informar del transito quirúrgico</li> <li>• Ofertar disponibilidad.</li> </ul>								
<b>POSTOPERATORIO</b> P.I: Dolor s/a intervención quirúrgica.	Valorar características del dolor ( signos y síntomas).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de analgesia según orden médica.</li> <li>• Vigilar tipo y características del dolor.</li> <li>• Aplicar medidas antirotatorio ( prótesis de cadera)</li> <li>• Realizar e instruir posturas antálgicas.</li> <li>• Valorar la respuesta a las medidas analgésicas.</li> </ul>								
Riesgo: Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c dificultad de expansión t6oracica.	El p. mantendrá las vías aéreas permeables.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar aparición de secreciones.</li> <li>• Vigilar coloración de piel y mucosas.</li> <li>• Posición adecuada, cama a 45°.</li> <li>• Estimular la realización de ejercicios respiratorios y tos productiva.</li> </ul>								
Riesgo: Accidente r/c disminución del nivel de conciencia.	El p. no sufrirá accidentes durante su hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del nivel de conciencia.</li> <li>• Aplicar medidas de seguridad según protocolo.</li> </ul>								
P.I: Hemorragia s/a intervención.	Valorar signos y síntomas de hemorragia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar herida quirúrgica</li> <li>• Vigilar apósitos y drenajes.</li> <li>• Control y registro de constantes(T.A., F.C..)</li> <li>• Vigilar signos y síntomas de hemorragia:</li> <li>• Hipotensión</li> <li>• Taquicardia</li> <li>• Sudoración</li> <li>• palidez.</li> <li>• Avisar médico, realizar hemograma y registrar.</li> </ul>								

P.I: Infección secundaria a herida quirúrgica y catéteres.	Valorar signos y síntomas de infección.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar cura de herida quirúrgica</li> <li>Vigilar temperatura.</li> <li>Vigilar signos y síntomas de infección local (tumor, calor, rubor y dolor.)</li> <li>Aplicación de protocolo de catéteres.</li> </ul>								
P.I: Retención urinaria s/a efectos secundarios a fármacos reposo permanencia de sonda vesical	Valorar signos y síntomas de retención urinaria..	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controlar y registrar 1° micción. Antes de las seis horas de la retirada de s. vesical.</li> <li>Vigilar :signos y síntomas de r.u. globo vesical, dolor, etc.</li> <li>Aplicar medidas no invasivas para fomentar la micción empapadores, compresas agua fría.</li> <li>Aplicar protocolo de S. Vesical s/p</li> </ul>								
Riesgo: Estreñimiento r/c I.Q. y reposo.	El p. al alta, mantendrá un hábito intestinal adecuado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar su patrón intestinal habitual.</li> <li>Controlar y registrar frecuencia y aspecto de las deposiciones.</li> <li>Aplicar plan de eliminación intestinal según protocolo y proceso.</li> </ul>								
Riesgo :Alteración de la movilidad física r/c I.Q. y con el reposo m/p: Impotencia debilidad y dolor.	Al alta el p. habrá recuperado la movilidad a un nivel optimo relativo a su proceso y edad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar movilización progresiva:</li> <li>P.CADERA: sentar en silla alta</li> <li>Movimientos en bloque</li> <li>Ayudar a deambular según patología(andador, bastones.)</li> </ul>								
P.I: Intolerancia a la dieta secundaria a la intervención	Valorar signos y síntomas de intolerancia a la dieta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instaurar tolerancia progresiva.</li> <li>Vigilar nauseas y vómitos.</li> </ul>								
Alteración de reposo sueño r/c hospitalización, m/p irritabilidad insomnio etc.	El p. manifestará haber dormido y descansado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se mantendrá un ambiente tranquilo.</li> <li>Mantener cama limpia y confortable.</li> <li>Planificar los cuidados, respetando horarios de sueño.</li> </ul>								
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad.	El p. al alta tendrá la piel integra.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valorar el riesgo de U.P.P.</li> <li>Aplicar protocolo de prevención de U.P.P.</li> </ul>								
Déficit de conocimientos sobre cuidados r/c falta de información conocimientos y/ o habilidad. m/p preguntas y preocupaciones.	El p. y familia comprenderán los cuidados a seguir en su domicilio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar de los cuidados domiciliarios.</li> <li>Reforzar información con documentación escrita.</li> <li>Informe al alta.</li> </ul>								
<b>FIRMA DE LA ENFERMERA / O</b>										

# ANEXO VI: PLAN ESTANDARIZADO DE CUIDADOS DE PRÓTESIS DE CADERA

## PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: ARTROPLASTIA DE CADERA

ESTANCIA MEDIA: 8 días

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
<b>00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA</b> <i>r/c:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios de elasticidad de la piel</li> <li>• Factores mecánicos</li> <li>• Inmovilización física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</li> <li>– 1902 Control del riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 3540 Prevención de úlceras por presión</li> </ul>
<b>00146 ANSIEDAD</b> <i>r/c:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (amenaza de) cambio en el entorno</li> <li>• (amenaza de) cambio en el estado de salud</li> </ul> <i>m/p:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para conciliar el sueño</li> <li>• Nerviosismo</li> <li>• Miedo de consecuencias inespecíficas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 1402 Control de la ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 5820 Disminución de la ansiedad</li> <li>– 1850 Fomentar el sueño</li> <li>– 7310 Cuidados de enfermería al ingreso</li> </ul>
<b>00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA</b> <i>r/c:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malestar o dolor</li> <li>• Disminución de la fuerza, control, o masa muscular</li> <li>• Miedo a iniciar el movimiento</li> </ul> <i>m/p:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para realizar las actividades de autocuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 0208 Nivel de movilidad física</li> <li>– 1811 Conocimiento: actividad prescrita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación</li> <li>– 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación)</li> <li>– 0226 Terapia de ejercicios: control muscular</li> <li>– 1400 Manejo del dolor</li> <li>– 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito</li> <li>– 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/jigien</li> <li>– 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.</li> <li>– 0221 Terapia de ejercicios: deambulación</li> </ul>

<b>00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO</b> r/c: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuidad de los cuidados en su domicilio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7040 Apoyo al cuidador principal</li> <li>- 7140 Apoyo a la familia</li> <li>- 7370 Planificación del alta</li> </ul>
<b>00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO</b> r/c: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad física insuficiente</li> <li>• Problemas durante la defecación como falta de tiempo, posición inadecuada para defecar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 0501 Eliminación intestinal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 0450 Manejo del estreñimiento / impactación</li> </ul>
<b>00155 RIESGO DE CAIDAS</b> r/c: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad en la marcha</li> <li>• Disminución de la fuerza física en las extremidades inferiores</li> <li>• Edad &gt; 65 años</li> <li>• Prótesis en las extremidades inferiores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas</li> <li>- 1912 Estado de seguridad: caídas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6490 Prevención de caídas</li> </ul>
<b>COMPLICACIONES POSIBLES</b>	<b>NIC (intervenciones)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1020 Etapas en la dieta</li> <li>- 1870 Cuidado del drenaje</li> <li>- 3440 Cuidados del sitio de incisión</li> <li>- 4106 Cuidados del embolismo pulmonar</li> <li>- 6650 Vigilancia</li> <li>- 1400 Manejo del dolor</li> </ul>	
<b>REQUERIMIENTOS DIAGNÓSTICOS</b>	<b>NIC (intervenciones)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa</li> </ul>	
<b>REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS</b>	<b>NIC (intervenciones)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2304 Administración de medicación: oral</li> <li>- 2317 Administración de medicación: subcutánea</li> <li>- 2930 Preparación quirúrgica</li> <li>- 4030 Administración de productos sanguíneos</li> <li>- 4200 Terapia intravenosa (IV)</li> </ul>	

# ANEXO VII: GUÍA DE RECOMENDACIONES DE LA COMUNIDAD DE MADRID PARA PRÓTESIS DE CADERA

GUÍA DE RECOMENDACIONES AL PACIENTE. PRÓTESIS DE CADERA. DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD, ACREDITACIÓN, EVALUACIÓN E INSPECCIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

¿QUÉ ME HA PASADO?

- Su cadera ha sufrido una fractura o un desgaste natural que le producía dolor y disminución de la movilidad, por lo que se ha colocado una cadera artificial (prótesis).

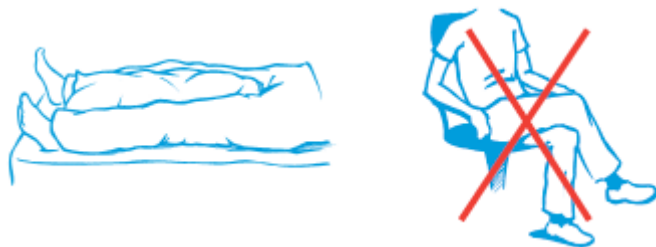


¿QUÉ DEBO EVITAR?

- Debe evitar, durante las primeras semanas, ciertas posturas y movimientos porque existe riesgo de que la prótesis se salga de su sitio (LUXACIÓN). Ésta es una complicación grave que retrasa la recuperación y exige volver al quirófano para colocar de nuevo la prótesis.

CONSEJOS GENERALES

- No cruzar las piernas: para no hacerlo mientras duerme, puede colocar una almohada entre las piernas.



¿Cómo debo bajar de la cama?

- Acérquese al borde de la cama sin cruzar las piernas. Apoye el codo que tiene más cerca del borde e incorpore el cuerpo. Mantenga la pierna operada estirada y flexione ligeramente la sana. Gire el cuerpo apoyando las manos en el colchón. Levántese igual que de una silla.



¿Cómo debo levantarme de la silla o wc?

- Estire la pierna operada, apoye las manos en el reposabrazos, tome impulso y levántese cargando el peso sobre las manos y la pierna sana.



¿Cómo debo sentarme en una silla o wc?

- Colóquese de espaldas a la silla hasta notar que toca la silla con las pantorrillas.
- Estire la pierna operada hacia delante. Apoye las manos en el reposabrazos.
- Incline el cuerpo hacia delante y baje hasta sentarse.
- No sentarse en asientos muy bajos: su rodilla NUNCA debe estar más alta que su ingle, para lo que puede usar un almohadón para sentarse.



- Si el wc de su domicilio es muy bajo, puede adquirir un dispositivo para que la altura sea mayor.



- Cuando esté sentado, NO se incline mucho hacia delante para atarse los zapatos o ponerse los calcetines.



¿Cuándo puedo volver a caminar?

- Su médico debe indicarle el momento en que puede volver a caminar. En caso de que le permitan caminar desde el principio, deberá hacerlo con bastones o andador.



¿Cómo caminar?

- Si su médico le indica apoyar la pierna operada podrá usar bastones o andador para caminar. En caso de que no pueda apoyar la pierna operada usara bastones.
- Debe usar calzado cerrado.

Con andador:

- Adelante el andador y colóquelo a una distancia corta de más o menos un paso.
- Lleve hacia delante la pierna operada.
- Adelante la pierna sana, apoyándose en el andador y procurando no echar mucho peso sobre la pierna operada.



Con bastones:

- Adelante los dos bastones, luego la pierna operada y después la pierna sana.



¿Cómo girarse?

- Debe dar pasitos cortos hacia el lado que quiera girar. Apoye primero el andador o bastones, luego la pierna operada y después la sana. Evite girar sobre sus pies (girar en redondo).



¿Cómo bajar y subir escaleras?

Para bajar:

- Primero baje los bastones, luego la pierna operada y después la sana (igual que al caminar).



Para subir:

- Primero apoye en el escalón la pierna sana, luego la operada y por último apoye los bastones.





- Si no dispone de bastones, puede usar la barandilla para apoyarse.



### ¿PUEDO VIAJAR EN COCHE?

- Durante las 6 primeras semanas, sólo si es imprescindible.
- Evite viajes largos y descanse cada hora.
- Para entrar en el coche: coloque un cojín en el asiento (para estar más alto). Póngase de espaldas al asiento, estire la pierna operada y baje lentamente hasta sentarse. Luego gire el cuerpo y póngase de frente.

### PROGRAMA DE EJERCICIOS

- Para mejorar la movilidad de la cadera y recuperar fuerza muscular es conveniente que haga 10 repeticiones de cada uno de estos ejercicios 3 veces cada día.
- Flexión-extensión de tobillo; estando tumbado mueva el pie y los dedos hacia la nariz y luego hacia abajo. Repetir 10 veces.



- Estirar la rodilla; tumbese boca arriba, coloque una toalla enrollada detrás de la rodilla (en la corva). Apriete la pierna contra la cama, estirando la rodilla. A la vez lleve los dedos del pie hacia la nariz. Cuente hasta 5 mientras aprieta contra la cama. Descanse otros 5. Repita el ejercicio 10 veces.



- Flexión de rodilla; tumbese boca arriba y arrastre el talón sobre la cama, para ir doblando la rodilla cada vez más (la otra pierna permanece estirada). Repetir 10 veces.



- Elevación de la pierna; estando sentado, estire la rodilla todo lo que pueda. Cuente hasta 5 en esta posición. Repetir 10 veces.



#### NO\_OLVIDE:

Quitar del suelo todo aquello que pueda suponer un OBSTÁCULO para usted (alfombras, juguetes, cables...).

UTILIZAR CALZADO ADECUADO: cerrado y con suela antideslizante (goma).

CONTROLAR SU PESO: la obesidad influye negativamente sobre su rehabilitación y sobre su prótesis.

#### ACUDA A LOS SERVICIOS SANITARIOS CUANDO APAREZCA:

- Temperatura igual o superior a 38°.
- Dolor que no remite con tratamiento médico.
- Enrojecimiento, hinchazón y/o apósito manchado de líquido claro, sangre o pus.
- Incontinencia de orina y/o de heces.
- Impotencia sexual.

Acudirá a su centro de salud o al centro donde ha sido intervenido.

PARA PODER CONTACTAR CON LOS SERVICIOS SANITARIOS DISPONE DEL SIGUIENTE TELÉFONO:-----

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) "Cruzado García M, "Fuentes Cebada L, "Cabeza de Vaca Pedrosa M", "Rivera Bautista J, "Pérez Mateo A, "Crespo Taboada P. Análisis cualitativo de la percepción de los pacientes con relación a los cuidados enfermeros en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. Estudio de satisfacción. Biblioteca Lascasas 2007 03-09-2007;3(3).
- (2) "Pérez Camarero S, "Hidalgo Vera A, "del LLano Señaris J. Calidad, satisfacción y sanidad público-privada. Elementos para un debate informado. GCS 2007 Invierno 2007;9(4):105.
- (3) "García del Río A, "Gracia San Román J. Benchmarking hospitalario: Satisfacción del paciente. XIII Máster en Calidad Total Madrid 2004.
- (4) MC" "González Novoa. Evaluación de la Adecuación de la Estancia Hospitalaria para el GRD 209, Mediante el AEP (Appropriateness Evaluation Protocol). Universidad de Cádiz.: Universidad de Cádiz. Facultad de Medicina.; 2002.
- (5) "INSALUD: Hospital Universitario 12 de Octubre,Unidad de Calidad". III Curso de Gestión de la Calidad de Procesos y Servicios Asistenciales. 1999 24-JUNIO-1999.
- (6) "Negro Álvarez J, "Guerrero Fernández M, "Ferrándiz Gomís R. El Protocolo de Evaluación del Uso Inapropiado de la Hospitalización (The Appropriateness Evaluation Protocol) en Alergología. Rev Esp Alergol Inmunol Clín 1998 Junio 1998;13(3):171-180.
- (7) "Ministerio de Sanidad y Consumo,[Sede Web]". Análisis y Desarrollo de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico en el Sistema Nacional de Salud. Available at: <http://www.msp.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>, 1998.
- (8) "Iribarren B O, "Alvarez C A, "Rodríguez C C, "Ferrada M M, "Hernández V H, "Lilian Dorn H. [Cost and outcome of hip's arthroplasty nosocomial infection. Case and control study]. Rev Chilena Infectol 2007 04;24(2):125-130.
- (9) "Jover Sáenz A, "Barcenilla Gaité F, "Torres Puig Gros J, "Mas Atance J, "Garrido Calvo S, "Porcel Pérez J. Infección de prótesis total de rodilla y cadera. Epidemiología descriptiva, terapéutica y evolución en un hospital de segundo nivel durante 10 años. An Medicina Interna 2007;24(1):19-23.
- (10) "Allepuz A, "Serra-Sutton V, "Espallargues M, "Salvador X, "Pons J. [Hip and knee arthroplasties in Catalonia [Spain] from 1994 to 2005]. Gac Sanit 2008 2008;22(6):534-540.
- (11) "Serra J, "Garrido G, "Vidán M, "Marañón E, "Brañas F, "Ortiz J. [Epidemiology of hip fractures in the elderly in Spain]. An Med Interna 2002 08;19(8):389-395.

- (12) "Tenías J, "Mifsut Miedes D. [Hip fracture incidence: trends, seasonality and geographic distribution in a Health District in the Autonomous Community of Valencia, Spain (1994-2000)]. Rev Esp Salud Publica 2004 2004;78(4):539-546.
- (13) "Navarro Espigares J, "Hernández Torres E. Cost-outcome analysis of joint replacement: evidence from a Spanish public hospital. Gac Sanit 2008 2008;22(4):337-343.
- (14) "Ruiz M. Prótesis de cadera: excelente alternativa en el tratamiento de la artrosis de cadera. 2008; Available at: <http://ministeriodesalud.um.edu.mx/display.aspx?idCol=156&idItem=2959&tipoItem=Documento>. Accessed 13/11/2008.
- (15) "Fernández Ruanova M. Indicación de uso apropiado de prótesis de cadera. Vitoria-Gasteiz Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco 1999 Noviembre 1999;Informe nº:Osteba E-99-08.
- (16) "García Lázaro M, "Montero Pérez-Barquero M, "Carpintero Benítez P. [The role of malnutrition and other medical factors in the evolution of patients with hip fracture]. An Med Interna 2004 11;21(11):557-563.
- (17) "Alonso Lencina C, "Álvarez Cambroner S, "Camarero Mulas C, "Campillo Campillo V, "Carretero García M, "Et al". Incidencia de infección en prótesis total de cadera en el H.U. de la Princesa. XIX Congreso de Estudiantes de Medicina Preventiva Universidad Autónoma de Madrid 2006.
- (18) "Larsen K, "Hvass K, "Hansen T, "Thomsen P, "Soballe K. Effectiveness of accelerated perioperative care and rehabilitation intervention compared to current intervention after hip and knee arthroplasty. A before-after trial of 247 patients with a 3-month follow-up. BMC Musculoskelet Disord 2008 Apr 28;9:59.
- (19) "Brodner W, "Raffelsberger B. Total hip arthroplasty in Austria. Results of a nationwide survey based on a questionnaire. Orthopade 2004 Apr;33(4):462-471.
- (20) AV" "Martínez Calvo. Análisis de los 25 primeros grupos relacionados con el diagnóstico de la provincia de la Coruña en los Hospitales del SERGAS. Situación en 1996. A Coruña: Universidade da Coruña; 1998.
- (21) "Gispert R, "Giné J,M". [Differences between public and private hospital care in Spain: the realities of health care or a numerical fallacy?]. Gac Sanit 2006 2006;20(2):149-152.
- (22) "Sotorres Sentandreu J, "Gomar Sancho F, "Silvestre Muñoz A, "Ortí Lucas R. Morbilidad y mortalidad en pacientes con fractura de cadera : estudio prospectivo. Valencia: Universitat de València, Departamento de Cirugía; 2004.
- (23) "Martí-Valls J, "Ballesta E, "González R, "Solé M, "Torrás G. [Results of a management plan for surgical waiting lists for hip and knee replacements]. Gac Sanit 2006 2006;20(3):248-250.

- (24) "Husted H, "Holm G, "Jacobsen S. Predictors of length of stay and patient satisfaction after hip and knee replacement surgery: fast-track experience in 712 patients. *Acta Orthop* 2008 Apr;79(2):168-173.
- (25) "Peterson M, "Cioppa-Mosca J, "Finerty E, "Graziano S, "King S, "Sculco T. Effectiveness of best practice implementation in reducing hip arthroplasty length of stay. *J Arthroplasty* 2008 Jan;23(1):69-73.
- (26) "Mantos Acedo J, "González Mosquera M, "Beunarte Álvarez M, "Sánchez Lozano F, "Díaz Fernández J. Repercusión de la estancia inapropiada sobre los costes en la fractura de cadera. *Todo Hosp* 1997;148:29-34.
- (27) "Saguer M, "Gómez A. Estancias medias alargadas y grupos relacionados con el diagnóstico como indicadores de eficiencia en la gestión clínica. *Rev Calid Asist* 2003;18(7):575-579.
- (28) "Jefatura del Estado". Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *BOE* 1986 29-04-1986;102(10499):15207-15224.
- (29) "Hermosilla T". Aproximación a la investigación cualitativa desde la perspectiva de la evaluación de tecnologías sanitarias. *AETSA* 2006 16-03-2006:44.
- (30) "Amezcuca M, "Gálvez Toro A. [Modes of analysis in qualitative research in health: critical perspective and spoken reflexions]. *Rev Esp Salud Publica* 2002 2002;76(5):423-436.
- (31) "March Cerdá J, "Prieto Rodríguez M, "Hernán García M, "Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* 1999;13:312-319.
- (32) "Otero García L. [A qualitative examination of inappropriate hospital admissions and lengths of stay]. *Enferm Clin* 2009 2009;19(5):291-292.
- (33) "Fancott C, "Jaglal S, "Quan V, "Berg K, "Cott C, "Davis A, et al. Rehabilitation services following total joint replacement: a qualitative analysis of key processes and structures to decrease length of stay and increase surgical volumes in Ontario, Canada. *J Eval Clin Pract* 2010 08;16(4):724-730.
- (34) "Ribot Catalá C, "Fernández Tenllado Gila M, "García de León Solera D. Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. *Rev de Atención Primaria* 2000 31-03-2000;25(5):343-348.
- (35) "Bilbao Acedos I, "March Cerdá J, "Prieto Rodríguez M. [Ten contributions to the use of qualitative methodology in an audit of internal communication in primary care]. *Rev Esp Salud Publica* 2002 2002;76(5):483-492.
- (36) "Ruiz Olabuénaga J. La entrevista. Metodología de la investigación cualitativa. 3ª Edición ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 1996. p. 165-189.

- (37) "Prieto Rodríguez M, "Gil García E, "Heirle Valero C, "Frías Osuna A. La perspectiva de los cuidadores informales sobre la atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. Rev Esp Salud Pública 2002;76(5):613-625.
- (38) "Browne J, "Pietrobon R, "Olson S. Hip fracture outcomes: does surgeon or hospital volume really matter? J Trauma 2009 Mar;66(3):809-814.
- (39) "Heetveld M, "Rogmark C, "Frihagen F, "Keating J. Internal fixation versus arthroplasty for displaced femoral neck fractures: what is the evidence? J Orthop Trauma 2009 Jul;23(6):395-402.
- (40) "Hopley C, "Stengel D, "Ekkernkamp A, "Wich M. Primary total hip arthroplasty versus hemiarthroplasty for displaced intracapsular hip fractures in older patients: systematic review. BMJ 2010 Jun 11;340:c2332.
- (41) "Ossendorf C, "Scheyerer M, "Wanner G, "Simmen H, "Werner C. Treatment of femoral neck fractures in elderly patients over 60 years of age - which is the ideal modality of primary joint replacement? Patient Saf Surg 2010 Oct 20;4(1):16.
- (42) "Parker M, "Gurusamy K, "Azegami S. Arthroplasties (with and without bone cement) for proximal femoral fractures in adults. Cochrane Database Syst Rev 2010 Jun 16;(6)(6):CD001706.
- (43) "Rogmark C, "Johnell O. Primary arthroplasty is better than internal fixation of displaced femoral neck fractures: a meta-analysis of 14 randomized studies with 2,289 patients. Acta Orthop 2006 Jun;77(3):359-367.
- (44) Rogmark C, Carlsson A, Johnell O, Sembo I. Costs of internal fixation and arthroplasty for displaced femoral neck fractures: a randomized study of 68 patients. Acta Orthop Scand 2003 Jun;74(3):293-298.
- (45) Rogmark C, Carlsson A, Johnell O, Sembo I. Primary hemiarthroplasty in old patients with displaced femoral neck fracture: a 1-year follow-up of 103 patients aged 80 years or more. Acta Orthop Scand 2002 Dec;73(6):605-610.
- (46) Rogmark C, Carlsson A, Johnell O, Sembo I. A prospective randomised trial of internal fixation versus arthroplasty for displaced fractures of the neck of the femur. Functional outcome for 450 patients at two years. J Bone Joint Surg Br 2002 Mar;84(2):183-188.
- (47) Rogmark C, Spetz CL, Garellick G. More intramedullary nails and arthroplasties for treatment of hip fractures in Sweden. Acta Orthop 2010 Oct;81(5):588-592.
- (48) "Wazir N, "Mukundala V, "Choon D. Early results of prosthetic hip replacement for femoral neck fracture in active elderly patients. J Orthop Surg (Hong Kong) 2006 Apr;14(1):43-46.

- (49) "Monte Secades R, "Rabuñal Rey R, "Bal Alvarado M, "Guerrero Lombardía J. Guía clínica para la atención de los pacientes con fractura de cadera. Sociedad Gallega de Medicina Interna 2005 02-2005;1:11.
- (50) "Núñez Crespo F, "Soto Arnáez F, "Vázquez Valle F, "Santos Díaz R, "Crego Castillo C, "Martín Díaz R. Recuperador sanguíneo: investigación y cuidados en el ahorro de sangre. Educare21 -Esp- 2006 12-2006;31(Original, artículo).
- (51) "Muñoz M, "García-Erce J, "Campos A, "Fernando Barrios L. Marco legal del uso de sangre autóloga y otras alternativas a la transfusión alogénica. Med Clin (Barc) 2007;128:256-262.
- (52) "Martinez V, "Monsaingeon-Lion A, "Cherif K, "Judet T, "Chauvin M, "Fletcher D. Transfusion strategy for primary knee and hip arthroplasty: impact of an algorithm to lower transfusion rates and hospital costs. Br J Anaesth 2007 Dec;99(6):794-800.
- (53) "Mirza S, "Campion J, "Dixon J, "Panesar S. Efficacy and economics of postoperative blood salvage in patients undergoing elective total hip replacement. Ann R Coll Surg Engl 2007 Nov;89(8):777-784.
- (54) "Moonen A, "Thomassen B, "Knoors N, "Van Os J, "Verburg A, "Pilot P. Pre-operative injections of epoetin-alpha versus post-operative retransfusion of autologous shed blood in total hip and knee replacement: a prospective randomised clinical trial. J Bone Joint Surg Br 2008 Aug;90(8):1079-1083.
- (55) "Rekawek K, "Bohatyrewicz A, "Bohatyrewicz R, "Zietek P, "Bialecki P, "Kolodziej L. Clinical efficacy of blood retransfusion after uncemented total hip replacement]. Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol 2008 Nov-Dec;73(6):363-368.
- (56) "Sturdee S, "Beard D, "Nandhara G, "Sonanis S. Decreasing the blood transfusion rate in elective hip replacement surgery using an autologous drainage system. Ann R Coll Surg Engl 2007 Mar;89(2):136-139.
- (57) "Willburger R, "Ruberg K, "Knorth H, "Casagrande O, "Laubenthal H, "Wiese M. Medical and cost efficiency of autologous blood donation in total hip or knee replacement]. Z Orthop Ihre Grenzgeb 2005 May-Jun;143(3):360-364.
- (58) "Wojan M, "Scholz R, "Von Salis-Soglio G, "Schmidt M, "Wild A. Retransfusion of unwashed drainage blood after total hip and knee arthroplasty]. Biomed Tech (Berl) 2005 Nov;50(11):355-360.
- (59) "Batsis J, "Naessens J, "Keegan M, "Huddleston P, "Wagie A, "Huddleston J. Cost savings of hip arthroplasty patients on specialized orthopedic surgery units. Am J Orthop (Belle Mead NJ) 2009 Jan;38(1):E5-11.
- (60) "Berbés Asociados". El aumento progresivo de pacientes hospitalizados de edad avanzada, con pluripatología y polifarmacia, obliga a adaptar la atención hospitalaria. Accesomedia com 2005 21-10-2005.

- (61) "Siony Mendoza S. Propuesta de protocolo de rehabilitación para pacientes con prótesis de cadera total cementada. 2007:65.
- (62) "Kim S, "Losina E, "Solomon D, "Wright J, "Katz J. Effectiveness of clinical pathways for total knee and total hip arthroplasty: literature review. J Arthroplasty 2003 Jan;18(1):69-74.
- (63) "Healy W, "Ayers M, "Iorio R, "Patch D, "Appleby D, "Pfeifer B. Impact of a clinical pathway and implant standardization on total hip arthroplasty: a clinical and economic study of short-term patient outcome. Journal of Arthroplasty 1998;13(3):266-276.
- (64) "García Caballero J, "Díez Sebastián J, "Chamorro Ramos L, "Navas Acien A, "Franco Vidal A. Vías Clínicas. :25.
- (65) "Jimenez Munoz A, "Duran Garcia M, "Rodriguez Perez M, "Sanjurjo M, "Vigil M, "Vaquero J. Clinical pathway for hip arthroplasty six years after introduction. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 2006;19(2-3):237-245.
- (66) "Walter F, "Bass N, "Bock G, "Markel D. Success of clinical pathways for total joint arthroplasty in a community hospital. Clin Orthop Relat Res 2007 Apr;457:133-137.
- (67) "Barbieri A, "Vanhaecht K, "Van Herck P, "Sermeus W, "Faggiano F, "Marchisio S, et al. Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis. BMC Med 2009 Jul 1;7:32.
- (68) "Choong P, "Langford A, "Dowsey M, "Santamaria N. Clinical pathway for fractured neck of femur: a prospective, controlled study. Med J Aust 2000 May 1;172(9):423-426.
- (69) "Agencia de Calidad del SNS". Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. 2010; Available at: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>, 2007.
- (70) "García Fernández F, "Carrascosa García M, "Rodríguez Torres M, "Gila Selas C, "Laguna Parras J, "Cruz Lendínez A. Influencia de las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarias sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. Gerokomos 2009 Diciembre 2009;20(4):10 de Febrero de 2011.
- (71) "Luque Ortega Y, "Contreras Fariñas R, "Granados Matute A, "Moreno Verdugo A, "Torralba Albella J. Planificación al alta: anticiparse a las necesidades del paciente y su familia. Rev Paraninfo Digital 2010;8:10 de Febrero de 2011.
- (72) "Shepperd S, "Harwood D, "Jenkinson C, "Gray A, "Vessey M, "Morgan P. Randomized controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of health outcomes. BMJ 1998;316:1786-1791.



(73) "Shepperd S, "McClaran J, "O Phillips C, "Lannin N, "Clemson L, "McCluskey A, et al. Planificación del alta del hospital al domicilio (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus 2010;1.

(74) "Forrest G, "Roque J, "Dawodu S. Decreasing length of stay after total joint arthroplasty: effect on referrals to rehabilitation units. Arch Phys Med Rehabil 1999;80:192-194.