

Valoración anestésica preoperatoria de alta resolución en cirugía de cataratas con anestesia tópica y cuidados anestésicos monitorizados

Introducción.

En los últimos años las técnicas quirúrgicas menos invasivas con anestesia tópica bajo cuidados anestésicos monitorizados nos permiten realizar las técnicas de facoemulsificación de cataratas con fármacos ansiolíticos y en régimen de CMA, sin necesidad de pruebas preoperatorias complementarias y suspensión de fármacos como antihipertensivos, anticoagulantes o antiagregantes, siendo muy limitada la optimización médica de los pacientes con patología crónica no reagudizada en la consulta de preanestesia con tiempo previo a la intervención.

El envejecimiento de la población y el aumento de la incidencia de cataratas, nos plantea un desafío asistencial y de sostenibilidad del sistema sanitario, que nos urge a realizar procesos más ágiles, pensados en el paciente de mayor edad, disminuyendo la asistencia a consultas hospitalarias que no aporten mayor beneficio y valor a los actos médicos y quirúrgicos.

La reorganización de los recursos humanos y de las consultas de valoración anestésica, permitirían dedicar mayor tiempo a los procesos quirúrgicos que pueden beneficiarse de una optimización preoperatoria más adecuada como son la corrección y prevención de la anemia, diagnóstico de fragilidad y sarcopenia que precisan tratamiento rehabilitador y nutricional previo a la cirugía, la optimización farmacológica, y una mejor comunicación médico-paciente. También, permitiría una reorganización de los recursos humanos de anestesiólogos para otras necesidades quirúrgicas o áreas de fuera de quirófano. Además de lo enunciado, desde marzo de 2020, la pandemia Covid-19 por SARS-Cov2 supuso un reto asistencial por la escasez de los recursos humanos de anestesiología, disminución de los quirófanos disponibles y el riesgo añadido de contagio para los pacientes por visitas hospitalarias no imprescindibles, especialmente para los de mayor edad.

En nuestro centro existía un protocolo anterior que permitía una sola consulta de valoración preanestésica para los procedimientos bilaterales, siempre que el preoperatorio estuviera dentro del tiempo estimado de validación según el grado ASA del paciente y no existieran cambios agudos en la situación basal, firmándose el consentimiento para cada procedimiento en la misma consulta de preanestesia.

Se planteó desde el Servicio de Anestesiología y Reanimación en colaboración con el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Infanta Leonor, la creación de un nuevo protocolo normalizado de trabajo, que agilizase la evaluación preanestésica, evitara la asistencia a consultas que no aportaran valor al paciente, disminuyendo el riesgo a contagios por enfermedades contagiosas en personas, en su mayoría mayores. Se propuso una valoración de alta resolución de los cuidados anestésicos monitorizados por el anestesiólogo el día de la intervención de cataratas con anestesia tópica, como medida para agilizar el proceso quirúrgico, disponer de mayor eficiencia en los recursos humanos de Anestesiología, poniendo al paciente en el centro de la actividad asistencial, facilitando su atención médica disminuyendo citas de consultas, adaptando los protocolos dentro de los planes de humanización de la asistencia de la Consejería de Sanidad y del plan de Hospital Amable con la Persona Mayor de nuestro hospital.

Objetivos.

Objetivo principal: Reducir la consulta programada de preanestesia previa a la intervención de cataratas con anestesia tópica realizando evaluación preanestésica de alta resolución y valorar su repercusión en las consultas globales de preanestesia realizadas. Objetivos secundarios: evaluar las suspensiones quirúrgicas y sus causas, y comparar los periodos previo y posterior a su implantación.

Metodología.

El protocolo fue diseñado aplicando una metodología derivada del manifiesto Agile y metodología Scrum, para realizar una evaluación preanestésica de alta resolución el mismo día de la intervención de facoemulsificación de cataratas con anestesia tópica. Realizado por el Servicio de Anestesiología y Reanimación en colaboración con el Servicio de Oftalmología, fue aprobado como protocolo normalizado de trabajo, fue revisado por la Comisión de Calidad, aceptado y validado por la Dirección del hospital en octubre de 2020.

El proceso comenzaba en la consulta de oftalmología, tras ser el paciente diagnosticado y decidido el tratamiento quirúrgico con anestesia tópica, descartándose por el oftalmólogo otro tipo de anestesia general, retrobulbar o subtenoniana, y se iniciaba el procedimiento para inclusión en lista de espera. En la misma consulta se realizaron las explicaciones de los riesgos y beneficios de la cirugía, así como las medidas necesarias en las que debe acudir de ayuno y acompañamiento. También en dicha consulta, se entregaron las hojas informativas del proceso de la cirugía y los consentimientos informados de la intervención. El día de la cirugía, en presencia del anestesiólogo, se realizaron la encuesta y anamnesis de antecedentes personales y anestésicos necesarios para la seguridad del paciente en la intervención.

Tras su validación, se llevó a cabo la divulgación del nuevo protocolo en sesiones del Servicio de Anestesiología y Reanimación, así como los servicios de Oftalmología y Admisión.

Se diseñó un estudio observacional de cohortes retrospectivas para valorar la implementación del protocolo. Por ser el año 2020 un año atípico por la pandemia Covid-19, se decidió realizar el estudio del año 2019 como previo al protocolo y, comparar con el 2021 con el protocolo ya instaurado.

Se compararon dos grupos: Grupo 1, pacientes intervenidos de cataratas con anestesia tópica en el año 2019, previo a la creación del protocolo y Grupo 2, pacientes intervenidos en el año 2021, con el nuevo protocolo de valoración preanestésica de alta resolución en el mismo día de la intervención.

Se evaluaron las consultas específicas de preanestesia e intervenciones realizadas de facoemulsificación de cataratas con anestesia tópica, global de pacientes atendidos en todas las consultas de preanestesia, total de jornadas anuales realizadas de preanestesia, tiempo de espera medio y máximo para la consulta a 31 de diciembre en cada año estudiado, diferencia global de pacientes atendidos en consulta y jornadas equivalentes en ambos periodos, suspensiones del total de intervenciones quirúrgicas de cataratas y tipo de causa de suspensión.

Los datos anónimos fueron extraídos por el servicio de Sistemas de Información del hospital y del Sistema de Información de Consultas y Técnicas (SICYT) de la Gerencia Adjunta de Procesos de la Comunidad de Madrid. Para la comparación de datos estadísticos cualitativos se realizó test de χ^2 y corrección de Yates cuando fuera necesario. Se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultados.

En el grupo 1 se realizaron 2.322 cirugías, programados en consulta de preanestesia 1.694 (72,95%) frente a 628 (27,05%) pacientes que no precisaron una consulta programada por ser intervenidos del segundo ojo según el protocolo anterior. En el grupo 2 de 1.884 intervenciones, fueron vistos en consulta 336 (17,83%) frente a 1.548 (82,27%) pacientes valorados el día de la intervención, ($p < 0,0001$).

Se realizaron un total de 14.096 de valoraciones de preanestesia (año 2019) con respecto a 12.397 (año 2021), correspondientes a 612 jornadas de consulta (año 2019) respecto a 539 jornadas (año 2021), con una programación estructurada de 23 pacientes por agenda, con un tiempo de espera medio de consulta de preanestesia de 6,71 días en 2019 frente a 4,26 días en 2021, y un tiempo de espera máximo de 39 días en 2019 y 35 días en 2021. La diferencia de las 73 jornadas de consultas menos en

2021 frente a 2019 correspondieron a un total de 1.679 pacientes (similar al número de pacientes de consulta de alta resolución de 2021), sin repercusión en la demora de atención en la consulta de anestesia. Esta cifra equivale a un tercio de las jornadas anuales de un facultativo de anestesiología (219 días laborales al año).

El total de suspensiones quirúrgicas fue de 36 (1,5%) pacientes Grupo 1, comparado a los 66 (3,5%) pacientes en Grupo 2 ($p < 0,0001$).

Hubo diferencias significativas en las suspensiones por enfermedad intercurrente por las sucesivas olas epidémicas de la Covid-19, 7 de 36 (19,44%) pacientes en Grupo 1 frente a 26 de 66 (39,39%) pacientes en Grupo 2, ($p < 0,0396$).

No hubo diferencias significativas en las suspensiones por inadecuada preparación al paciente, por ausencia del mismo el día de la intervención o por falta de tiempo quirúrgico. Las causas más frecuentes de inadecuada preparación del paciente fueron el no cumplimiento de ayunas y el asistir sin acompañante a la CMA el día de la intervención.

Existe todavía un margen de mejora en la aplicación del protocolo, aunque en nuestro estudio hubo una implementación superior al 82%. Los planes de mejora propuestos implicarían una nueva divulgación y comunicación del protocolo en los diferentes servicios de Oftalmología, Anestesiología y Reanimación, así como el Servicio de Admisión para mejorar la implementación del mismo. El desconocimiento de la técnica anestésica final necesaria en algunos casos clínicamente más complejos por parte del oftalmólogo de la consulta, frente a la decisión final del oftalmólogo que realizaría la intervención en algunos casos clínicos más indefinidos o por no colaboración por parte del paciente, podría ser el determinante de una implementación incompleta del protocolo.

Aplicabilidad y exportabilidad.

La aplicación del protocolo es exportable a todos los hospitales de la red asistencial del Sistema Nacional de Salud, actuando en los protocolos y creando nuevos circuitos de flujo de pacientes. El registro de los datos es aplicable en todos los hospitales del SERMAS al ser variables estudiadas por todos los Sistemas de Información de la Comunidad de Madrid y nacionales.

Conclusiones

La reducción de la consulta programada en cataratas con anestesia tópica fue superior al 82%. Con el protocolo de consulta de alta resolución se necesitaron 73 jornadas de consulta programada menos en 2021 frente a 2019, correspondiendo a un número similar de pacientes atendidos en la consulta de alta resolución del nuevo protocolo, disminuyendo el tiempo de espera medio y máximo de la consulta de anestesia. No se encontraron diferencias significativas en las suspensiones de quirófano por inadecuada preparación del paciente con el nuevo protocolo, falta de tiempo u otras causas, siendo la enfermedad del paciente en situación de pandemia la causa principal del aumento de las suspensiones quirúrgicas.