

Cirugía mayor ambulatoria

A. Giménez-Gaibar

La cirugía mayor ambulatoria nace como sistema organizado en Reino Unido a mitad del siglo xx con la intención, por parte de su Sistema Nacional de Salud, de reducir sus largas listas de espera quirúrgicas. Pero se habían emprendido experiencias previas ya a principios de siglo. En 1909 James H. Nicoll, en el Glasgow Royal Hospital for Sick Children, realizó 8.988 intervenciones quirúrgicas en niños sin hospitalización. En 1962, Cohen y Dillon, de la Universidad de California, en Los Ángeles, afirmaron que 'la seguridad de los pacientes no dependía de que estuvieran o no hospitalizados, sino de una adecuada selección de pacientes y una cuidadosa práctica quirúrgica y anestésica'. El Royal College of Surgeons publicó en 1985 unas recomendaciones para la práctica de la cirugía ambulatoria y un listado de procedimientos susceptibles de realizarse ambulatoriamente. Finalmente, el término 'cirugía mayor ambulatoria' (CMA) nació con una publicación que realizó Davis en 1986.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo editó en 1993 una *Guía de or-*

ganización y funcionamiento de la CMA, lo que suponía su reconocimiento oficial, y la Societat Catalana de Cirurgia creó en 1993 una comisión para la elaboración de pautas y recomendaciones para el desarrollo de la cirugía ambulatoria.

Con todos estos antecedentes, podríamos decir que la CMA nace como resultado de una profunda reflexión sobre la naturaleza y las necesidades reales de las intervenciones quirúrgicas y los condicionamientos económicos sanitarios; los pacientes deben tener idénticas garantías en los resultados respecto a los que precisan de un ingreso hospitalario. Dichos ingresos hospitalarios tienen que estar restringidos a aquellas técnicas quirúrgicas que precisan de tecnología sofisticada, intervenciones complejas o controles postoperatorios riesgosos por ser de alto riesgo.

Las unidades de CMA responden a la filosofía de adecuar la demanda asistencial a los recursos sanitarios, a través de una asistencia de calidad a un coste razonable. Para ello, los cirujanos deben revisar sus prácticas asistenciales y eliminar aquellas innecesarias u obsoletas. Estas

Unidad de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital de Sabadell. Sabadell, Barcelona, España.

Correspondencia:

Dr. Antonio Giménez Gaibar. Unidad de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital de Sabadell. Parc Taulí, s/n. E-08208 Sabadell (Barcelona). Fax: +34 937 160646. E-mail: agimenezg@csppt.es
© 2003, ANGIOLOGÍA

unidades pretenden una asistencia por niveles de cuidados, una simplificación de los procesos diagnósticos y terapéuticos, un incremento de la actividad productiva de los servicios quirúrgicos y un aumento de la satisfacción del paciente. Esta última premisa se puede alcanzar mediante una atención más personalizada del paciente, al que se debe dar una mayor información, con la cual podrá elegir, decidir o negociar la conveniencia o no de una técnica ambulatoria, tras considerar su situación personal y social. Asimismo, las distintas actividades suelen estar perfectamente protocolizadas, con un especial énfasis en la prevención de problemas o complicaciones.

La posibilidad del desarrollo de la CMA se debió, sin lugar a dudas, a la introducción de técnicas quirúrgicas menos agresivas y a las innovaciones en el campo de la anestesia, con la incorporación de fármacos de menor duración de acción y menos efectos secundarios. Uno de los motivos por los cuales la CMA ha tenido una implantación desigual es porque la impulsaron los responsables de gestión y financiación de los servicios sanitarios, y no los propios especialistas quirúrgicos, más preocupados habitualmente por la cirugía compleja y los avances tecnológicos. Habitualmente, se trata de una cirugía reconocida y financiada específicamente por proceso, lo que puede inducir en determinados servicios quirúrgicos a un aumento de su actividad quirúrgica, lo que acorta el tiempo de espera de algunas patologías, que dejan de estar limitadas por la disponibilidad de camas.

Cada centro deberá definir su cartera de servicios, los criterios de selección y eva-

luación de los pacientes, la rutina pre y postoperatoria, así como los criterios de alta y el seguimiento ambulatorio. Este tipo de cirugía ambulatoria debe tener siempre la precaución de controlar una serie de indicadores de calidad y morbilidad, que determinarán el éxito o el fracaso de este tipo de actitud; por ejemplo, la tasa de complicaciones clínicas, la tasa de readmisión o reintervención y la calidad percibida por el paciente (aceptación y satisfacción).

En 1997, se introdujo como indicador del desarrollo de la CMA el índice de sustitución, que se define como la proporción de intervenciones realizadas por CMA respecto al total de intervenciones programadas para cada procedimiento. Este índice de sustitución de la CMA ha tenido un comportamiento distinto, dependiendo del país y la técnica quirúrgica. Así, en 1998, el índice de sustitución global en Gran Bretaña era de un 53%, pero esta alta implantación de la CMA no había supuesto una sustitución de la cirugía con ingreso, dado que ésta presentaba unos valores estables o con ligera tendencia al aumento; por el contrario, en EE UU, cuyo índice de sustitución era de un 42%, el incremento de la CMA supuso una disminución de la tasa de cirugía con ingreso. Si hiciéramos una valoración por técnicas quirúrgicas, evidenciaríamos que algunas tienen una alta implantación como procesos ambulatorios (cataratas, herniorrafías unilaterales, menisectomías por artroscopia, vasectomías, fimosis, etc.); por el contrario, los cirujanos vasculares todavía disponemos de unos índices de sustitución ambulatorios relativamente bajos de nuestras patologías (INSALUD: 20% en cirugía de varices en 1998).

En nuestra especialidad de angiología y cirugía vascular, los dos procedimientos principalmente implicados para su práctica en distintos centros quirúrgicos ambulatorios son la cirugía de las varices y los accesos vasculares para hemodiálisis. Las distintas técnicas que se emplean para la cirugía de varices (*stripping*, CHIVA, Muller, láser,...) parecen competir no sólo en resultados a corto y medio plazo, sino también por su posibilidad de ser tratamientos ambulatorios, que conllevan una reinserción temprana a la vida activa previa del paciente. Por otra parte, los accesos de hemodiálisis, al tratarse de técnicas realizadas bajo anestesia local, relativamente poco agresivas, con materiales autólogos y un relativo bajo índice de complicaciones, son intervenciones que se realizan en su mayor parte de forma ambulatoria, excepto en aquellos pacientes que precisan de implantaciones de prótesis en la parte inguinal o en fístulas complejas.

Pero, sin lugar a dudas, la estrella de la CMA puede ser la cirugía arterial mediante técnicas endovasculares. Ya en 1998, Criado et al publicaron un estudio sobre 134 pacientes a los que se había practicado una técnica revascularizadora endoluminal por punción inguinal o braquial, con un índice de ambulatorización de un 98%; un 2% tuvieron que permanecer ingresados por complicaciones trombóticas o hemorrágicas. Más recientemente, en mayo de 2002, Lombardi et al evidenciaron la progresiva tendencia a realizar este tipo de técnicas de forma ambulatoria, al mostrar que el índice de ingresos de 1994 a 1996 fue del 81%, mientras que posteriormente fue únicamente del 43%, con una reducción significativa del gasto

sanitario (1.980 dólares en ambulatorios frente a 10.026 dólares en pacientes ingresados) ($p < 0,0001$).

La CMA tiene la capacidad de aumentar la eficacia del sistema, ya que mantiene los resultados clínicos con un menor consumo de recursos y coste unitario. Se calcula que la reducción del coste por proceso frente a la cirugía con ingreso oscila entre un 25 y un 30%, puesto que, aunque el coste de la intervención es similar, estamos reduciendo el coste hotelero y de personal. Actualmente, la mayor parte de los hospitales reciben la misma financiación por proceso cuando realizan una intervención bajo la modalidad de CMA que cuando se lleva a cabo con ingreso. Esta estrategia propicia que sea el propio hospital el que rentabilice la financiación por proceso y, por lo tanto, otorgue un mayor impulso a la CMA maximizando la eficiencia.

En los hospitales que disponen de CMA, los programas de ingreso de corta estancia (menos de 72 h) o de hospitalización domiciliaria pueden ser el complemento perfecto para aumentar el rendimiento de los servicios quirúrgicos y acortar de forma significativa la estancia media de algunas patologías que requieren hospitalización. La posibilidad de disponer de estos programas hará que seamos menos estrictos en la CMA, lo que colaborará en la reducción de las estancias preoperatorias –al aprovechar los circuitos de la cirugía ambulatoria– y favorecerá que los pacientes reacios al alta el mismo día o que precisen ingreso por motivos geográficos puedan entrar en este tipo de actuación.

Sin lugar a dudas, los avances terapéuticos mínimamente invasivos, como

las técnicas endovasculares, la endoscopia terapéutica o quirúrgica, hará que la cifra del 60% de pacientes quirúrgicos que precisen de una hospitalización inferior a 72 horas aumente notablemente en los próximos años.

Algunos autores apuntan a que durante el presente milenio podremos asistir a un cambio de la estructura actual de los hospitales; éstos pasarán a dividirse en tres áreas básicas:

- 1) Unidades de trauma-urgencias.
- 2) Unidades de hospitalización para procedimientos quirúrgicos mayores (nivel IV de Davis) y patologías médicas.
- 3) Unidades de cirugía ambulatoria/corta estancia.

Lo que sí parece que ocurrirá en un futuro próximo es que viviremos cambios en la estructura y el funcionamiento de unos hospitales que, actualmente, están dis-

puestos por bloques o servicios extremadamente caros y poco optimizados (horarios de 7-8 horas al día). Se convertirán en unidades polivalentes, más funcionales, con equipos multidisciplinarios dirigidos al paciente y con un análisis de calidad/coste económico que favorecerá las líneas de investigación y de actuación. La CMA es un planteamiento menos agresivo y paternalista que la cirugía con hospitalización; pero, además, es una realidad en la que los cirujanos vasculares debemos participar y colaborar sin ambigüedades. Por una parte, para evidenciar los avances tecnológicos que se han realizado en los últimos años y que nos permiten ser menos agresivos en nuestras actuaciones (técnicas endovasculares); y por otra, para ser vistos por los responsables de gestión como profesionales abiertos a las nuevas tendencias, que evolucionan y analizan sus costes.