

Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro

En octubre de 1990 se inauguraba en el Hospital de Viladecans –un pequeño hospital comarcal de la red pública de la Comunidad Autónoma de Cataluña– una unidad de cirugía sin ingreso multidisciplinaria (UCSI) autónoma e integrada.

Siempre hemos reconocido en nuestros trabajos el mérito precursor de Rivera, Giner et al¹, de Morales, Polo et al² y de otros, pero lo que el Hospital de Viladecans iniciaba era una experiencia en todo un hospital que apostaba al máximo por la eficiencia y la mejor calidad percibida e intrínseca debía y podía ser igual o mejor que en el modelo tradicional con largos ingresos.

Las incógnitas eran múltiples para quienes tuvimos el privilegio de pertenecer al grupo implicado en su creación con el decidido apoyo del Institut Català de la Salut (ICS) propietario del hospital que lo planteó como programa piloto.

Lo primero era definir a qué nos referíamos con el término de cirugía ambulatoria. La tan utilizada denominación de “cirugía de alta precoz” no nos agradaba porque podía entenderse como el alta “antes de tiempo” que en el real significado de la precocidad.

Por esta razón se nos ocurrió el término de *cirugía sin ingreso*, con mucho cuidado en diferenciar a los pacientes tributarios de la cirugía ambulatoria de siempre con alta inmediata (cirugía menor ambulatoria), de aquellos con afecciones de mayor entidad, estancias habituales previamente de más de 3 o 4 días y hasta de ocho, pero que en todo caso precisaban de períodos de vigilancia sanitaria directa en el entorno próximo al quirófano. De cualquier forma, en éstos todo el episodio asistencial debía estar cuidadosamente protocolizado y existir la garantía de una reconexión telefónica o física en cualquier momento, ante el menor problema, duda o necesidad y que si el ingreso era recomendable estuviera plenamente asegurado. El centro seguiría a sus operados mediante un control domiciliario o telefónico. Ésta es la cirugía mayor ambulatoria (CMA) o cirugía sin ingreso mayor (CSI)^{3,4}.

En aquellos primeros años de los noventa se nos planteaban inquietudes y dudas. ¿Serían implantables en nuestro ámbito estos métodos que podían entenderse como antinaturales o como si el hospital abandonara al operado a su suerte? ¿Representaría una inversión desmesurada para la rentabilización que cabría esperar? ¿Se perseguía mejorar la calidad del proceso o acortar las listas de espera?⁵ ¿Las complicaciones posquirúrgicas serían más frecuentes y de peores consecuencias? ¿Habría

más problemas médico-legales que en la cirugía con ingreso por atribución de las complicaciones al alta en el mismo día? ¿Disminuiría el coste hospitalario por paciente y qué impacto tendría sobre la fractura sanitaria global? ¿Corríamos el peligro de que nuestros centros se fueran ocupando con enfermos de especialidades médicas o con los pacientes quirúrgicos más complicados? ¿Cuál sería la tendencia general de la duración de las estancias en los que debían operarse de todas formas en régimen de corta estancia (CCE) o con ingreso más prolongado (CCI)? ¿Cambiaríamos el límite impuesto por las camas por el impuesto por los quirófanos? ¿Seríamos capaces de hacer crecer la ambulatorización de la cirugía hasta esos niveles del 60% y aumentar el número de enfermos operados por día? Y ellos, ¿qué vivencia tendrían? ¿Serían nuestros mejores promotores o nuestros peores censores? ¿Hasta dónde debíamos simplemente informarles o inducirles movidos por nuestro entusiasmo inicial? ¿Qué calado podría tener en el sector privado y sus financiadores al reducir para las clínicas los ingresos con la consiguiente reducción en la factura del concepto generalmente más importante como es el coste por estancias?

La comunidad científica española, ¿cómo incorporaría estas novedades a sus quehaceres, publicaciones, comunicaciones, congresos y reuniones? En nuestros foros científicos nacionales se puede seguir la pista de estas novedades cuando aparecen, crecen, se difunden y desaparecen o se consolidan, y es en las bases científicas en las que deben sustentarse los cambios asistenciales y de gestión. Así, los progresos en la aceptación e implantación de la cirugía mayor ambulatoria en el Viejo Continente han sido evidentes desde los primeros Congresos Europeos de Cirugía Ambulatoria de los años 1991 y 1993, y cuando en marzo de 1995 tuvo lugar el tercer Congreso Europeo y Primero Internacional, con numerosísimas aportaciones y en el que se creó la International Association for Ambulatory Surgery (IASS) a la que se sumó la entonces recién creada Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) que ya preparaba el Congreso Nacional de Sevilla para el mes de octubre un segundo encuentro de los congresos bianuales españoles, de los que el primero había sido en Barcelona en 1992 organizado por el Hospital de Viladecans. A partir de aquella fecha de 1995 la presencia española en la IASS y su participación activa ha sido una creciente constante y, por su parte, la ASECMA, que ha venido celebrando cada año congresos y reuniones entre congresos, creó su propia revista.

También la Asociación Española de Cirujanos ha dado cabida desde los primeros momentos pioneros en 1998 a los trabajos y comunicaciones de los grupos que han ido poniendo en

práctica esta cirugía, y en los Congresos Nacionales de 1992 y 1994 en Madrid y en la Reunión de 1999 en Pamplona dedicaron Mesas Redondas a tratar múltiples aspectos de la CSI y la CCE. Se ha podido ya demostrar que para la CSI o CMA cumpla bien con sus objetivos es recomendable su realización en unidades diferenciadas de tipo autónomo, integradas o independientes, en actividad paralela a las habituales del hospital. De esta forma se puede aumentar la capacidad resolutoria y la comodidad de los pacientes al contar con quirófanos y circuitos adicionales, protocolos y dinámica específica, personal entrenado y con estilo eficiente.

Por otra parte, para que la repercusión socioeconómica y sanitaria sea relevante las unidades deben ser multidisciplinarias, utilizadas incluso para otras actuaciones diagnósticas y terapéuticas no estrictamente quirúrgicas, pero que pueden hacerse en un día. Una buena solución para poder evitar el aumento de recursos materiales o la construcción de nuevos quirófanos han sido los programas de tarde para las cirugías necesariamente con ingreso de mayor o menor duración y el empleo de las instalaciones por las mañanas en mayor medida para la cirugía sin ingreso. El avance de la experiencia en estas unidades, aparte de ir aumentando el número de enfermos intervenidos por día, permite ir incorporando técnicas de mayor complejidad. Sin embargo, deben seguir siendo una limitación aquellas intervenciones que comporten un riesgo hemodinámico postoperatorio (posibilidad de hemorragias), posibilidad de complicaciones intraabdominales (fugas biliares o digestivas), una restricción respiratoria prolongada, trastornos funcionales digestivos que sean incompatibles con una alimentación normal en las primeras horas del postoperatorio, o en aquellas en las que el dolor sea tan importante que su control precise de la administración de fármacos que puedan alterar la conciencia o las funciones vitales. También deben descartarse aquellos enfermos con una clasificación ASA III y IV, salvo en el primer caso para las operaciones con anestesia local. Hay que tener también muy en cuenta que la profilaxis de las complicaciones tromboembólicas venosas debe hacerse y prolongarse en su domicilio con iguales dosis de heparina fraccionada, los mismos días que si permanecieran ingresados si su administración está indicada. Existen en todas las especialidades muchísimas personas esperando la intervención carentes de éstos y otros riesgos, que sufren cataratas, estrabismos, hernias e hidroceles, quistes pilonidales, fisuras y hemorroides, dismorfias septonasaes, afecciones intraarticulares, intravesicales o periféricas de extremidades, varices en las extremidades inferiores, o mujeres que precisen laparoscopias diagnósticas o legrados uterinos^{6,7}. En cuanto a la CCE, o con ingreso, en la que el operado se recupera pernoctando en el hospital e incluso permanece algunos días, no son necesarios estrictamente circuitos, instalaciones ni controles especiales diferenciados una vez se autoriza el alta. Cualquier servicio de cirugía general o especializada puede operar en régimen de corta estancia como primer paso para practicar la CSI. Sin embargo, es conveniente establecer qué tipo de afecciones van a incluirse en el abanico de técnicas aplicables. A ellas se van incorporando, además de la cirugía de mínimo acceso laparoscópico, la colecistectomía a través de incisiones laparotómicas de pequeño tamaño con recuperaciones, dolor postoperatorio, consumo de analgésicos y posibilidad de alta muy similares a los propios del acceso laparoscópico.

Otras posibilidades pueden ser la totalidad de la cirugía tiroidea, la cirugía mamaria y vascular de mediana complejidad, y en la cirugía digestiva abierta todas aquellas que no comportan

suturas gastrointestinales ya que cuando existen anastomosis lo prudente y adecuado, aunque el abordaje sea laparoscópico, es vigilar directamente al paciente hospitalizado mientras se cumplan los períodos de la cicatrización biológica visceral segura. En cambio, las herniorrafias hiatales por laparotomía, las apendicectomías abiertas urgentes con la oportuna cobertura antibiótica oral ambulatoria si está indicada, y otras muchas técnicas permiten el alta con garantías a los pocos días de la intervención⁸.

En el Estado español se ha producido en los últimos 6 años una desigual implantación de la cirugía ambulatoria de acuerdo con el modelo anglosajón que siempre hemos defendido⁹. Junto a Comunidades Autónomas como Cataluña, el País Vasco, Cantabria, Galicia, Andalucía y las dos Castillas entre otras que pronto comprendieron sus ventajas, existen otras que todavía esperan, y en las que no está plenamente implementada.

El impacto potencial de los programas, que pueden llegar a valores de ambulatorización superiores al 60%, es muy importante. Gracias a poder disponer de la UCSI del Hospital de Viladecans, en los primeros 6 años de funcionamiento la capacidad quirúrgica resolutoria del centro había crecido globalmente en un 59% para la cirugía mayor con un número de pacientes intervenidos adicionalmente que superaba en 1996 los 6.200 y con la lógica reducción de espera ligada a este aumento de operaciones.

Globalmente, el uso del método ambulatorio fue para entonces del 61% (cirugía mayor y menor) y del 37% si se habla sólo de la cirugía mayor en general, o hasta el 60% si se consideran únicamente las técnicas catalogadas como factibles en régimen ambulatorio. En el caso de las hernias inguinocrurales sin complicaciones se realizó la intervención ambulatoria ya en 1994 en el 61% de los pacientes y en los quistes pilonidales en el 76%, cifra que llegó posteriormente a estos últimos al 92%.

La utilización de la unidad fue entonces el 26% por parte de oftalmología, del 19% por cirugía general con predominio de hernias parietales tratadas mayoritariamente por el método sin tensión de Lichtenstein, aunque al principio se utilizaron también las técnicas de MacVay y Shouldice, quistes pilonidales y proctología sencilla, en el 17% por traumatología y en menores proporciones por urología, ginecología, otorrinolaringología, dermatología, clínica del dolor y gastroenterología.

Las complicaciones observadas fueron escasas y leves, los ingresos inesperados por debajo del 2%, la mortalidad nula, y la satisfacción y la aceptación general fueron óptimas por parte de todos los implicados, en las últimas encuestas por encima del 96%. El estudio económico analítico pudo demostrar entonces que el coste medio de la realización del acto quirúrgico y anestésico no es significativamente diferente con o sin ingreso, pero al contabilizar los recursos económicos no consumidos en relación con los días de ingreso evitados, se estimaron en una media de 90.000 ptas. en cirugía general, las que el hospital no aplicaba a cada paciente ambulatorio y que podía emplear a favor de los que sí deben ingresar. Este proceder representaba un ahorro para la sanidad pública en cada paciente resuelto y para la seguridad social por la reducción demostrada sobre la incapacidad laboral transitoria (ILT) ligada al impacto de la cirugía ambulatoria al adelantarse la fecha de la operación en virtud del mayor número de pacientes resueltos al aumentar la capacidad resolutoria. Este aspecto fue bien cuantificado en un estudio multicéntrico realizado entre 1993 y 1994 en tres hospitales españoles, coordinado por el Dr. Revuelta, del Hospital Serrallana de Torrelavega en un grupo de 3.150 pacientes

operados de hernia, o en quistes sacros, o de fisuras/fístulas anales, en los que como consecuencia ligada a la práctica de la CSI se acortaron las esperas para la intervención entre todos en 12.052 días, lo que estimó matemáticamente como un ahorro en el capítulo de subsidios por baja laboral de más de 39 millones de ptas.

Extrapolando esta experiencia realizada tan sólo en tres hospitales idealmente a la red pública en general en lo que se refiere a esos cuatro diagnósticos, en enfermos con criterio de ambulatorización posible, el potencial de subsidio evitado, que se podía ahorrar, en los más de 300.000 días de espera superaría a los 1.000 millones de ptas. por año si la cirugía sin ingreso se universalizara en el Estado español¹⁰. Para ilustrar más esta repercusión clínica y económica señalamos que la lista de espera que hubiera existido en el Hospital de Viladecans por su presión asistencial si no se hubiera dispuesto de la unidad hubiera alcanzado en 1996 nada menos que 130 semanas, mientras que la que se tenía en ese mismo año era únicamente de 14 semanas.

A la vez en los pacientes intervenidos con hospitalización en los centros asistenciales en general se ha pasado de una estancia media de 8,1 días en 1990 en la cirugía abierta biliar a la de 6,4 días en 1996 y a la de 4 días en el 2000. En esta misma cirugía biliar laparoscópica mayoritariamente con ingreso corto la estancia media actual resulta inferior a los 2 días. Las ágiles formas de la cirugía mayor sin ingreso se proyectan también hacia la mejoría de la eficiencia en la cirugía tradicional.

En el sector privado se han venido creando también unidades de cirugía sin ingreso o mayor ambulatorio en las clínicas abiertas como soporte organizativo y estructural a los facultativos externos que realizan en ellas sus intervenciones. En una de las primeras en disponer de una de ellas -Clínica Nuestra Señora del Remedio de Barcelona- con el modelo pluridisciplinario, protocolizado integrado, con controles posteriores desde el centro y referencia telefónica en el mismo ante complicaciones han realizado desde abril de 1997 más de 2.800 intervenciones en CSI mayor, sin complicaciones de importancia, satisfacción unánime inmediata y a largo plazo y con un ahorro para los financiadores -los propios pacientes o sus compañías de seguros- variable según cual fuera la estancia media de cada técnica ambulatorizada y la tarifa pactada por cada estancia. Hay que señalar que en el hecho de evitar la pernocta y recuperarse en la unidad integrada con 6 sillones hace descender la factura a pagar y permite a la dirección asistencial una más fácil y adecuada gestión de las camas y recursos propios del internamiento.

Los problemas de reclamaciones judiciales por complicaciones o malos resultados son aún menores que en la CCI. Es bien sabido que las actitudes minuciosamente protocolizadas y documentadas con implicación y consentimiento informado del enfermo son la mejor garantía de prevención de estos acontecimientos.

¿Asistiremos en los próximos años a la amplia consolidación en todo nuestro país de la cirugía mayor ambulatoria y a una ampliación del catálogo de operaciones factibles en régimen ambulatorio? En esto último desempeñará un decisivo papel la tecnología en el campo del aumento de la seguridad para el enfermo y su predictividad ante complicaciones posibles, el telecontrol por línea de los operados y tantas posibilidades que son difíciles de imaginar.

¿Constituye la cirugía sin ingreso una solución, como nos preguntábamos en 1992?¹¹. En la Comunidad Autónoma de Cataluña ya ha sido así desde el momento que en prácticamente todos los proveedores del Servei Català de la Salut (SCS) se practica cirugía mayor ambulatoria y si atendemos a las

907 hernias en el grupo de hospitales del ICS la ambulatorización en 1999 en esta técnica fue superior al 30%, con un ahorro estimado de 60 millones de ptas., duplicables si se llega al ideal 60% de sustitución ambulatoria para esa afección. Dicho de otra forma, frente a las 290.000 ptas. de promedio en el ICS en los ingresados operados de hernia se encuentran las 223.792 ptas. de las intervenciones ambulatorias. Por tanto, se evitan 66.208 ptas. en cuanto a coste hospitalario en cada intervención y se aumenta la capacidad resolutoria del sistema¹².

La experiencia de todas las UCSI del sector público en el Estado español con, por lo menos, más de 2 años, reproducen resultados muy coincidentes con los referidos y conseguirlos contribuye a paliar los problemas de nuestra sanidad. Sin embargo, sólo la aplicación universal, en las especialidades quirúrgicas y médicas de los principios de la medicina gestionada, nos acercará al objetivo común de calidad y eficiencia al que aspiramos. La disminución de los ingresos o la reducción de su duración también debiera aplicarse a los enfermos médicos, favoreciendo el desarrollo de zonas de hospital de día, de hospitalización y de soporte en el domicilio y unidades de diagnóstico rápido ambulatorio (UDR) fácilmente implantables las más de las veces con sólo modificaciones organizativas y reingeniería de procesos en los mismos centros.

Sin embargo, la mejor inversión en sanidad sigue siendo ahora y siempre aquella que pueda devolver al médico el tiempo perdido para gozar y sufrir con su paciente, así como la amplia rentabilización y uso de todos los recursos sanitarios del país que aprovechara lo mucho bueno de los sectores públicos y privados que debieran complementarse y colaborar abiertamente en beneficio de nuestro modelo sanitario ya entrados en el nuevo siglo.

E. Sierra Gil

Cirujano. Director Médico.
Clínica de Nuestra Señora del Remedio. Barcelona.

Bibliografía

1. Rivera J, Giner M, Subh M. Cirugía ambulatoria: estudio piloto. *Cir Esp* 1988; 44: 865-874.
2. Morales R, Polo JR, Lasala MA, Hernández P, García JL. Tratamiento quirúrgico ambulatorio de la hernia inguinal. *Inform Ter SNS* 1991; 15: 85-91.
3. Sierra E, Bassons J. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. En: Farreras P, Rozman C, editores. *Medicina Interna* (14.ª ed.). Madrid-Barcelona: Harcourt, 2000; 7: 43-45.
4. Davis JE. *Major ambulatory surgery*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1986.
5. Giner M. Cirugía ambulatoria y de corta estancia. ¿Objetivos asistenciales o económicos? [editorial]. *Cir Esp* 1994; 55: 249-250.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y funcionamiento*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
7. Societat Catalana de Cirurgia. *Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Comissió per la elaboració de pautes i recomanacions pel desenvolupament de la cirurgia ambulatoria*. Ed. Ergón, S.A. 1993.
8. Parrilla P. Cirugía programada. En: Farreras P, Rozman C. *Medicina Interna* (14.ª ed.). Madrid-Barcelona: Harcourt, 2000; 7: 41-42.
9. Portero JL. Motivos de la lenta y desigual implantación de la cirugía mayor ambulatoria en nuestro país. *Cir Esp* 2000; 68: 1-2.
10. Revuelta S, Hernanz F, Puente C, Mayoral I, Ramón C, Sierra E et al. Ahorro económico propiciado por disminución de la incapacidad temporal con programas de cirugía mayor ambulatoria. Estudio multicéntrico. *Cir Esp* 1997; 61: 167-170.
11. Sierra E. Cirugía ambulatoria. ¿Una solución? *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 579-581.
12. Jarret P. Some economic aspects of day surgery. *Ambul Surg* 1994; 2: 102-105.