

Cirugía mayor ambulatoria: necesidad de uniformar criterios y conceptos

Sr. Director:

Hemos leído con detenimiento, atención e interés el artículo, publicado como editorial, por Porrero¹ en CIRUGÍA ESPAÑOLA, acerca de la desigual y lenta implantación de la cirugía mayor ambulatoria en España.

TABLA 1. Definiciones, terminología y criterios

Cirugía consultorio o cirugía menor ambulatoria. Realizada en consulta con anestesia local. No precisa estancia en sala de recuperación (no indicada para la cirugía herniaria)

Hospital de día, cirugía mayor ambulatoria, mismo día, o sólo día. Realizada en unidad de cirugía ambulatoria (extrahospitalaria o intrahospitalaria), con cualquier tipo de anestesia, precisa estancia en sala de recuperación posquirúrgica no superior a 8 h. No pernocta. Alta el mismo día de la intervención quirúrgica

Hospital de 23 h o cirugía ambulatoria de recuperación ampliada. Realizada o no en unidad de cirugía ambulatoria (extrahospitalaria o intrahospitalaria), con cualquier tipo de anestesia, precisa estancia en sala de recuperación posquirúrgica, pernoctando en su habitación. Alta al día siguiente de la intervención quirúrgica, no superior a 23 h desde su ingreso administrativo (hora censal individualizada)

Cirugía de corta estancia. Realizada o no en unidad de cirugía ambulatoria (extrahospitalaria o intrahospitalaria), con cualquier tipo de anestesia, precisa recuperación posquirúrgica y hospitalización de 24 a 72 h. Alta antes de las 72 h desde la intervención quirúrgica

Servicio de Cirugía. Hospital de Jerez.

En primer lugar, pensamos que es necesario unificar y clarificar conceptos, es decir, que “hablemos todos el mismo idioma” a la hora de referirnos a cirugía mayor ambulatoria, cirugía de 23 h, cirugía de estancias cortas, hospital de día..., esto favorecerá una mejor comunicación e interrelación en los intereses de los profesionales con los pacientes y la administración, así como el establecimiento de qué infraestructuras son necesarias para su desarrollo². Resumimos nuestra propuesta de unificación de conceptos y definiciones en la tabla 1.

Existe una desigual implantación de la cirugía mayor ambulatoria en España, no sólo debido a que el Sistema Nacional de Salud esté conformado por distintos sistemas autónomos sanitarios, sino que dentro de estos últimos, entiéndase en nuestro caso Servicio Andaluz de Salud (SAS), existe dicha desigualdad, no existe uniformidad de criterios, conceptos e intereses entre sus profesionales y hospitales. Es necesario que la cirugía ambulatoria que promueve la administración (acuciada por las listas de espera y el gasto hospitalario, en su inicio por lo menos) esté gestionada y coordinada por aquellos profesionales sanitarios que tienen convicción personal de no necesidad de estancias hospitalarias (o estancias racionales) para determinados procesos quirúrgicos y presenten cualificación para su desarrollo. Estos profesionales no sólo se “mueven” por convicción y creencia en la técnica ambulatoria, sino también (lógico y natural como en cualquier otra profesión) por estimulación profesional y económica. Ninguno de estos aspectos están establecidos ni estandarizados en el servicio sanitario de nuestra comunidad autónoma, y no digamos ya en el ámbito nacional.

(Cir Esp 2001; 69: 630-631)

La cirugía mayor ambulatoria quizás resulte en menor coste que el proceso con ingreso^{3,4}, debido a que el número de estancias de los pacientes ingresados, tiene una relación positiva con el mayor coste hospitalario. De ese modo, reducir el número de estancias, debería reducir los costes globales por episodio de hospitalización. Sin embargo, esto no se traslada al ahorro del coste global por las siguientes razones⁵:

1. Los costes se trasladan en parte desde los hospitales hacia la atención primaria con más visitas al médico de familia y un alto uso de los servicios de enfermería, sobre todo en ancianos⁶.

2. En un episodio de ingreso quirúrgico el período de consumo de recursos más intenso es al principio, cuando la cirugía y la recuperación inicial han tenido lugar, lo que significa que la reducción del número de estancias a la mitad no dividirá a la mitad los costes.

3. Una reducción en la demanda de camas hospitalarias quizás no resulte en un ahorro monetario, a menos que esto permita el cierre de salas. En muchos casos la reducción del número de estancias permite una mayor actividad con una mayor cantidad y rapidez del número de pacientes tratados, lo que probablemente incrementará el coste financiero global.

4. Un mayor número de pacientes se vuelven elegibles para la cirugía si las barreras sociales y domésticas son abolidas.

Estamos de acuerdo en la potenciación del hospital de 23 h y de las llamadas unidades de cirugía de corta estancia dentro del departamento quirúrgico, no sólo como transición de la hospitalización tradicional a la ambulatoria, sino en la ampliación y optimización de servicios quirúrgicos que requieren una racional estancia hospitalaria, sin incrementar gastos en el desarrollo de nuevas infraestructuras. La irrupción de nuevos agentes anestésicos y tecnologías que acortan el tiempo de recuperación de los pacientes, la deambulación precoz y la disminución de la agresión quirúrgica facilitan el alta a las pocas horas de la intervención y, por tanto, la cirugía mayor ambulatoria.

Una vez superada la fase de inicio de la cirugía mayor ambulatoria en España^{7,8}, es necesaria la estandarización y uniformidad de conceptos, definiciones y criterios tanto desde el punto de vista clínico como de gestión, al objeto de obtener una implantación nacional rápida y uniforme. Está por ver si las modificaciones, a las que alude Porrero en su artículo, que se están realizando en el modelo de financiación sanitaria conllevan a una expansión de la cirugía mayor ambulatoria.

E. Domínguez-Adame, R. Márquez,
C. Gutiérrez, F. Mateo y J. Medina

Servicio de Cirugía. Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Bibliografía

1. Porrero Carro JL. Motivos de la lenta y desigual implantación de la cirugía mayor ambulatoria en nuestro país. Cir Esp 2000; 68: 1-2.
2. Domínguez-Adame E, Márquez Platero R, Medina Díez J. Cirugía de corta estancia. Cir Andal 2000; 11: 72-76.
3. Bridger P, Rees M. What a difference a day makes? Health Serv J 1995; 20: 22-23.
4. Burn JMB. Responsible use of resources: day surgery. BMJ 1983; 286: 492-493.
5. Márquez Platero R, Domínguez-Adame Lanuza E, Medina Díez J. Epidemiología y aspectos socioeconómicos de la hernia inguinal en adultos. Cir Andal 2000; 11: 14-18.

6. Russell IT, Devlin HB, Fell M, Glass NJ. Day case surgery for hernias and haemorrhoids. *Lancet* 1977; 1: 844-847.
7. Polo JR, Morales M, García JL. Cirugía ambulatoria estricta de la hernia inguinal con anestesia local. *Cir Esp* 1992; 51: 178-182.
8. Sierra E, Colomer J, Pí-Sigues F. La cirugía ambulatoria en una unidad autónoma integrada a un hospital: organización, funcionamiento y experiencia. *Cir Esp* 1992; 52: 255-260.
9. Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento. Madrid: Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria, 1993.