

Nuevas prácticas asistenciales: implantación de una unidad de cirugía mayor ambulatoria

Julio Miguel Vila Blanco y José Antonio Velasco

Subdirector médico y coordinador quirúrgico. Cirujano. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

Resumen

Introducción. Los objetivos del estudio son conocer los efectos de la implantación en el hospital de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) y la cirugía mayor ambulatoria (CMA) sobre los siguientes indicadores hospitalarios: actividad quirúrgica, complejidad, estancia media, índice de estancia media ajustada y peso medio.

Material y método. La UCSI, unidad integrada tipo III, se inauguró el 4 de octubre de 1999. Las patologías intervenidas son monitorizadas por el INSALUD, participando los servicios que realizan técnicas quirúrgicas con protocolos de inclusión, cuidados de enfermería y anestesia.

Resultados. Durante el año 2000 se intervino por CMA a 1.786 pacientes (aumento del 220,07% respecto a 1996); el índice de sustitución medio global fue del 50% (1999 y 2000) y el peso medio, de 0,82; hubo un 1,6% de suspensiones, un 0,1% de readmisiones y un 98% de satisfacción, y el 90,3% de los pacientes volvería a operarse por ella. La estancia media hospitalaria de 2000 (7,45 días) aumentó un 3,9% respecto a 1999 (7,17 días), con una estancia media sin outliers igual (6,40 días), por mayor peso medio de la patología ingresada (1,99 en 2000; 1,75 en 1999). De 1996 a 2000 el peso medio hospitalario aumentó un 33,65%, y un 9,47% el índice de complejidad. El índice de estancia media ajustada (IEMA) descendió un 4%.

Conclusiones. El IEMA disminuye y el índice de complejidad aumenta cuando el índice de sustitución por CMA es superior al 30%, y la estancia media hospitalaria y quirúrgica aumentan al existir procesos hospitalizados quirúrgicos con mayor peso, controlando las estancias para evitar su elevación. El incremento de la actividad quirúrgica con CMA disminuye la demora media en lista de espera, pero la demanda

quirúrgica inducida no permite descensos espectaculares. Los índices de calidad demuestran que se trata de una forma de asistencia segura y fiable, con un excelente grado de satisfacción y aceptación por parte de la población.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria (CMA). Unidad de cirugía sin ingreso (UCSI).

NEW TREATMENT PRACTICES: CREATING A MAJOR OUTPATIENT SURGERY UNIT

Introduction. The objectives of this study were to determine the effect of creating an outpatient surgery unit in a hospital and the effect of major ambulatory surgery on the following hospital indexes: surgical activity, complexity, mean stay, adjusted mean stay index and mean weight.

Materials and method. The outpatient surgery unit, a type III integrated unit, was inaugurated on 4th October, 1999. The diagnostic groups treated are monitored by the Spanish public health system, with the participation of all the services practicing surgery, using protocols for admission, nursing care and anesthesia.

Results. A total of 1,786 patients were treated by major ambulatory surgery in 2000 (an increase of 220.07% over 1996) with an overall mean substitution index of 50%, a mean weight of 0.82, 1.6% cancellations and 0.1% readmissions. Satisfaction was 98% and 90.3% would undergo major ambulatory surgery again. The mean hospital stay increased by 3.9% from 1999 (7.17 days) to 2000 (7.45 days). The mean hospital stay without outliers remained the same (6.40 days), due to the greater mean weight of the diagnostic groups admitted (1.99 in 2000, 1.75 in 1999). From 1996 to 2000 the mean hospital weight increased by 33.65%, the complexity index increased by 9.47%, and the adjusted mean stay index decreased by 4%.

Conclusion. When the major ambulatory surgery substitution index is greater than 30%, the adjusted mean stay index decreases and the complexity index increases. Mean hospital and surgical stay increase when inpatient surgical treatment has a greater weight, thus controlling length of stay to avoid an ex-

Correspondencia: Dr. J.M. Vila Blanco
Pocito de las Nieves, 4 2.^o A.
28230 Las Rozas. Madrid.
Correo electrónico: jmvblanco@navegalia.com

Aceptado para su publicación en mayo de 2002.

cessive increase. The increase in surgical activity through major ambulatory surgery programs allows the hospital to decrease the mean delay in the waiting list. However, the induced surgical demand does not spectacularly decrease waiting lists. Quality indices demonstrate that this is a safe and reliable means of treatment, with an excellent degree of acceptance and satisfaction among the public.

Key words: Major outpatient surgery. Outpatient surgery unit.

Introducción

En 1993 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), en la cual define lo que se entiende por CMA: "La CMA está constituida por procedimientos/intervenciones de mayor o menor complejidad que, con independencia del tipo de anestesia utilizada, tras un tiempo variable de control y observación vuelven a su domicilio el mismo día de la intervención"¹. En 1994 el INSALUD declaró la CMA objetivo prioritario (financiación con tarifa fija), incrementándose el número de intervenciones. Desde 1999 financia la CMA igual que las patologías ingresadas (financiación por proceso), lo que ha permitido su implantación definitiva².

En la actualidad, las unidades de CMA (UCMA o UCSI) se afianzan como un modelo asistencial de calidad, y un número cada vez mayor de hospitales está reconociendo la importancia de la CMA y creando unidades específicas³. Se ha avanzado en el diseño de modelos organizativos que fueran más allá de la mera ambulatorización de procesos, estableciendo circuitos de pacientes independientes de la cirugía con ingreso, protocolizando las actividades (criterios de selección, alta y seguimiento) y, más importante aún, favoreciendo su medición y evaluación^{4,6}. En el futuro, se ampliarán las indicaciones para CMA, con inclusión de procedimientos de mayor complejidad (mayor peso) y un período de recuperación postoperatoria más prolongado.

Entre los factores favorecedores de su desarrollo están el conocimiento de aspectos socioeconómicos relacionados con nuestra actividad, como la estancia media hospitalaria, el índice de rotación de camas, la actividad del bloque quirúrgico (rendimiento quirúrgico y número de intervenciones por quirófano), mejora de los informes de alta para su codificación (diagnósticos y procedimientos al alta y agrupación por grupos relacionados con el diagnóstico [GRD]), el incremento progresivo de los costes de los servicios hospitalarios, el aumento de las listas de espera quirúrgica y los avances en las técnicas sanitarias (anestesia, tecnología)^{7,8}.

Los objetivos del presente estudio, realizado con los pacientes intervenidos en la UCSI en el año 2000, han sido evaluar la implantación de la UCSI en nuestro hospital y conocer el efecto de la CMA, desde 1996 a 2000, en los indicadores hospitalarios: actividad quirúrgica, complejidad, estancia media, índice de estancia media ajustada (IEMA) y peso medio.

Material y método

El día 4 de octubre de 1999 se inauguró en el Hospital Nuestra Señora del Prado la UCSI, ubicada en la primera planta. Es una unidad integrada, tipo III, con una consulta (una sala próxima) y sala de adaptación al medio (12 puestos) independientes, personal de enfermería fijo y está operativa de lunes a viernes, desde las 7.30 a las 21.30. Quirófanos y reanimación (anexos) se comparten con el hospital. Los facultativos son de las especialidades que integran el programa quirúrgico, nombrándose un coordinador de la UCSI entre ellos.

Las patologías intervenidas son monitorizadas por el INSALUD (33 en 1999 y 2000), siendo restrictivos en 1999, realizándose los procesos que implicaban total garantía, con incremento progresivo de las patologías al aumentar nuestra experiencia (2000). Las intervenciones son programadas, se evitan procesos sépticos, deben tener un mínimo riesgo hemorrágico, una duración inferior a los 90 min, no se abrirán cavidades (excepto en endoscopia) y el dolor postoperatorio será controlable con analgésicos menores.

Durante el año 2000, los servicios que intervinieron en la UCSI fueron: Cardiología (marcapasos), Cirugía General, Dermatología (plastias), Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Planificación Familiar (ligadura de trompas por laparoscopia), Traumatología, Urología y Hematología (accesos venosos centrales y tratamiento de la arteriopatía oclusiva).

La unidad, a pesar de ser de tipo mixto, tiene un circuito independiente. El enfermo diagnosticado en la consulta de la especialidad correspondiente, e informado de manera conveniente, es remitido a la consulta de la UCSI, donde se confirma si cumple los criterios protocolizados de selección y, de ser así, se le abre la carpeta de documentación específica de la unidad, de diferente color según el servicio y una carpeta por cada patología. Una vez seleccionado, firma el consentimiento informado específico de la unidad y se le incluye en lista de espera quirúrgica (LEQ), con reseña de UCSI. El paciente ingresa en la unidad el mismo día de la intervención, siguiéndose por enfermería un protocolo preoperatorio. Tras la intervención e indicación del anestesista (desde el quirófano o previo paso por reanimación), es remitido a la UCSI, donde se sigue el protocolo postoperatorio. Si no existe inconveniente (recuperación de conciencia, control del dolor postoperatorio, tolerancia digestiva, micción espontánea y deambulación), el paciente es dado de alta con un informe normalizado, unas instrucciones postoperatorias específicas de cada procedimiento, la fecha de revisión y una hoja de enfermería (con los cuidados postoperatorios en cuanto a higiene y actividad diaria), así como el número de teléfono de contacto durante las 24 h, atendido por un facultativo (en la actualidad, dos cirujanos y un anestesista*), y los posibles signos de alarma por los cuales debe llamar. También se le proporciona la dosis de analgesia de las primeras 48 h. Una vez efectuada la revisión (retirada de puntos), se le entrega un informe de alta definitiva por duplicado, uno para el paciente y otro para el médico de cabecera.

Para evaluar el funcionamiento de la UCSI y de los procesos realizados mediante CMA, la rentabilidad del procedimiento y monitorizar la introducción de mejoras se han obtenido una serie de indicadores de calidad asistencial, que son: tiempo en LEQ; intervenciones suspendidas; complicaciones perioperatorias; horas de permanencia en la unidad; ingresos hospitalarios; complicaciones postoperatorias; reingresos; llamadas telefónicas; grado de satisfacción de los pacientes, e índices de sustitución. Además, se realizan dos seguimientos telefónicos protocolizados por parte de las enfermeras, el primero a las 24 h del alta de la unidad, para conocer su recuperación postoperatoria, y el segundo a los 6 meses de la intervención, para una valoración del paciente más objetiva de los servicios prestados por la unidad y, a la vez, tener un control sobre la técnica quirúrgica empleada, posibles complicaciones y recidivas.

Todos los datos obtenidos de la historia clínica del paciente y las llamadas a los teléfonos de contacto se recogen en una base de datos para su posterior análisis clínico y estadístico.

Los datos del estudio se incluyeron en una hoja de cálculo (Excel®), con diferentes campos. Las variables categóricas se expresan como porcentaje y las continuas como la media.

*Especialistas guardias UCSI: Dres. Jesús Timón Peralta, coordinador de la UCSI (Jefe de Sección Cirugía); Joaquín Cuadrado Segovia (jefe de Sección de Anestesia), y Sagrario Martínez Cortijo (F. especialista de Cirugía).

Resultados

Actividad quirúrgica por servicios

Desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2000 han pasado por la UCSI 1.930 pacientes, 981 (51%) mujeres y 949 (49%) varones, con una edad media de 47,3 años (1-92). La procedencia de los pacientes ha sido: 1.087 (56%) de Talavera y 843 (44%) del área rural. La unidad ha permanecido en funcionamiento durante el año 184 días (88% del total de días hábiles), con una ocupación media de 10,4 pacientes/día. El tiempo medio de estancia postoperatoria en la UCSI ha sido de 2 h y 52 min.

Los Servicios de Oftalmología (18,51%), Traumatología (17,11%), Cirugía General (16,99%), Urología (16,07%), Ginecología (14,72%) y Otorrinolaringología (10,32%) han aportado el mayor número de procesos a la unidad, con diferentes patologías intervenidas (tabla 1).

Tipo de anestesia

Todos los enfermos han sido clasificados según la American Society of Anesthesiology (ASA), con los siguientes resultados: un 76,94% ASA I, el 17,62% ASA II y el 4,66% ASA III.

Las técnicas anestésicas utilizadas han sido: el 48,39% locales, un 26,99% locales y sedación, un 14,92% generales, el 5,44% regionales y el 2,02% combinadas (fig. 1). Las complicaciones anestésicas han sido mínimas, y necesitaron ingreso hospitalario inferior a 24 h.

Indicadores de calidad

En total 64 (3,2%) pacientes no fueron intervenidos, 32 (1,6%) por suspensión de la intervención (rechazos médicos —alteraciones del enfermo en el preoperatorio inmediato, como resfriado y/o fiebre— y desaparición de la patología) y 32 (1,6%) por anulación. Los ingresos no esperados ($n = 63$) han sido por dolor o intolerancia digestiva, y necesitaron un ingreso inferior a 24-48 h. Hubo tres reingresos y sólo se realizó una reintervención. Las incomunicaciones producidas han sido escasas (tabla 2).

Seguimiento postoperatorio

Durante el año 2000 se realizaron 1.480 llamadas desde la UCSI, 921 (62%) recibidas por el propio enfermo, que informó sobre su situación, y el resto ($n = 559$) fue atendido por un familiar. El 43% de los enfermos ($n = 650$) ha tenido algún tipo de molestia o dolor: en 572 casos, leve (88%); en 65 moderado (10%), y en 5, intenso (1%). La tolerancia a líquidos ha sido prácticamente total, y la hemorragia y la fiebre, mínimas. La percepción de su estado general después de la cirugía ha sido buena o excelente en el 90% de los casos (1.091 excelente, 241 buena).

Las llamadas telefónicas realizadas a los 6 meses han sido 480, con el siguiente resultado: el 78% han presentado un estado general excelente; acudieron a urgencias un 2% (8 pacientes), al médico de cabecera un 15,2%

TABLA 1. Patología más frecuente intervenida en la UCSI

Patología	N.º de casos
Catarata	240
Legrado	179
Hernia inguinal	173
Vasectomía	140
Túnel carpiano	93
Fimosis	86
Patología mamaria	61
Tumor basocelular	57
Lipoma	56
Adenoides	44
Sinus	43
Fisura anal	34

Datos: UCSI Hospital Nuestra Señora del Prado.

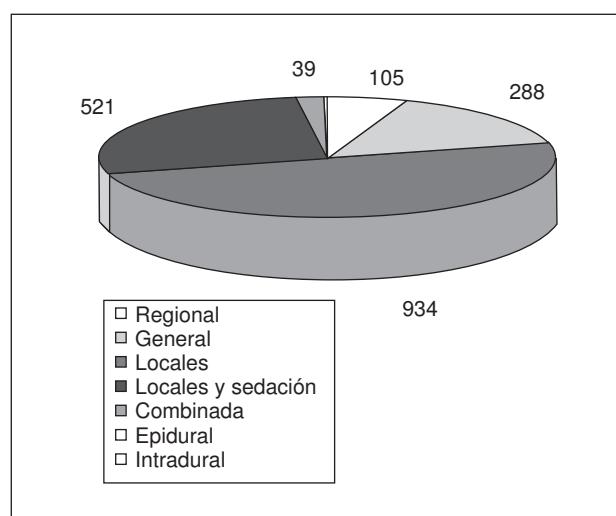


Fig. 1. Tipo de anestesia. Datos: UCSI Hospital Nuestra Señora del Prado (Talavera de la Reina).

(60 pacientes), de los cuales un 12% fue para realizar curas; reingresó un 0,2% (dos pacientes); no hubo reintervenciones, y 4 pacientes volvieron a presentar las mismas patologías (en dos casos síndrome del túnel carpiano [STC], en uno sinus, y en uno uña encarnada).

Como indicadores de aceptación de la UCSI, el 89,8% ha recomendado esta forma de asistencia, un 90% opina que la información recibida al alta ha sido correcta, el 90,3% considera que se le han evitado trastornos familiares y el 90,3% volvería a operarse por la UCSI. El índice de satisfacción con respecto a la unidad y a su forma de

TABLA 2. Indicadores de calidad quirúrgica en cirugía mayor ambulatoria

	Porcentaje	N.º de casos
Suspensiones	1,6	32
Rechazos médicos	1	18
Ingresos no esperados	3,2	63
Reintervenciones	0,05	1
Reingreso	0,1	3

Datos: UCSI Hospital Nuestra Señora del Prado.

TABLA 3. Indicadores de actividad quirúrgica

Conceptos o indicadores	1996	1997	1998	1999	2000
Quirófanos Programados Funcionantes	3,40	3,53	4,00	4,48	4,34
Total intervenciones quirúrgicas		6.331,00	7.093,00	6.990,00	6.689,00
Intervención programada con ingreso	2.246,00	2.489,00	2.723,00	3.107,00	1.892,00
Intervención programada con CMA	558,00	784,00	1.084,00	1.407,00	1.786,00
Índice de sustitución	19,90	23,95	28,47	56,29	48,50
Peso medio quirúrgico (con ingreso)			1,52	1,75	1,99
Peso medio CMA			0,52	0,65	0,82
Intervenciones programadas ambulantes	1.303,00	1.482,00	1.692,00	2.439,00	3.432,00
Suspensión intervenciones programadas con ingreso (%)	6,13	8,00	7,62	2,63	2,80
Suspensión intervenciones programadas CMA (%)		1,63		1,40	1,60
Intervenciones quirúrgicas programadas (ingreso + CMA)/quirófanos funcionantes/día hábil	2,56	2,64	4,19	4,57	4,99
Índice entradas/salidas LEQ	0,90	0,79	1,00	0,94	0,93
Salidas intervenciones quirúrgicas programadas en jornada ordinaria hospital (%)	52,27	56,78	64,70	72,45	72,50
Salidas por depuración (%)	47,73	43,22	23,70	19,22	16,26
Total demanda quirúrgica	1.076,00	870,00	1.039,00	1.100,00	1.210,00
Demandas quirúrgica 3-6 meses	337,00	246,00	181,00	100,00	141,00
Demandas quirúrgica > 6 meses	195,00	19,00	0,00	0,00	0,00
Demandas quirúrgica > 9 meses	17,00	3,00	0,00	0,00	0,00
Demora media total anual LEQ (días)	98,38	77,49	59,88	43,00	50,00
Demora media a 31 de diciembre (días)			27,70	36,87	48,13

Datos: CMBD Hospital Nuestra Señora del Prado. CMA: cirugía mayor ambulatoria; LEQ: lista de espera quirúrgica.

funcionamiento ha sido excelente o buena en el 98% de los casos.

Actividad hospitalaria

La actividad quirúrgica ha oscilado entre 6.331 intervenciones (1997) y 7.093 (1998), entre programadas y urgentes, con y sin hospitalización. La cirugía programada con ingreso alcanzó su máximo en 1999 (3.107) y descendió en 2000 (1.892) al menor número de intervenciones desde 1996, debido a que sólo eran utilizables dos o tres quirófanos para la cirugía con ingreso durante 5 meses (déficit de anestesistas) y por un incremento importante de la cirugía sin ingreso. La cirugía ambulatoria realizó 3.432 intervenciones (aumento del 163,39% respecto a 1996), y con CMA se intervino a 1.786 pacientes (aumento del 220,07% respecto a 1996), con un índice de sustitución medio global del 50% (1999 y 2000), que fue del 100% en las biopsias de nódulos de mama tanto simples como radioguiadas (Cirugía General) y del 96% en cataratas (Oftalmología). El peso medio conseguido

en el año 2000 en la cirugía con ingreso ha sido de 1,99 y el de la CMA de 0,82. Las intervenciones suspendidas con hospitalización se han mantenido por debajo del 3% y en la CMA del 2% (1999 y 2000) (tabla 3).

Los ingresos totales se mantienen alrededor de los 10.000 pacientes/año; la estancia media descendió en 2000 un 20% (7,45 días) respecto a 1996 (9,18 días), aumentando un 3,9% respecto a 1999 (7,17 días), pero manteniendo los dos últimos años una estancia media sin outliers igual (6,40 días), debido al mayor peso medio de la patología con ingreso (1,99 en 2000; 1,75 en 1999). De 1996 a 2000 el peso medio hospitalario ha aumentado un 33,65%, y el índice de complejidad, un 9,47%; el IEMA ha descendido un 4%. Han aumentado un 71,68% los diagnósticos por alta y un 453,68% los procedimientos por alta (tabla 4).

Discusión

La implantación de programas de CMA y la creación de la UCSI han contribuido al aumento de intervenciones

TABLA 4. Indicadores de actividad de hospitalización

Conceptos o indicadores	1996	1997	1998	1999	2000
Ingresos totales	10.060,00	9.833,00	10.267,00	10.031,00	9.921,00
Estancia media global	9,18	7,84	7,34	7,17	7,45
Estancia media sin outliers			6,56	6,40	6,40
EMAC	6,52	6,30		6,19	6,04
EMAF	6,05	5,94		6,31	6,50
IEMA	1,00	1,02	1,00	0,98	0,96
Índice de complejidad	0,95	0,98	1,00	1,01	1,04
Peso medio	1,04	1,09	1,22	1,29	1,39
Estancia media quirúrgica	9,05	7,99		7,48	8,39
Diagnósticos (por alta)		2,37	3,44	4,13	4,79
Procedimientos (por alta)		0,95	1,36	3,78	5,26

Datos: CMBD Hospital Nuestra Señora del Prado. IEMA: índice de estancia media ajustada; EMAC: estancia media ajustada por la casuística; EMAF: estancia media ajustada por el funcionamiento.

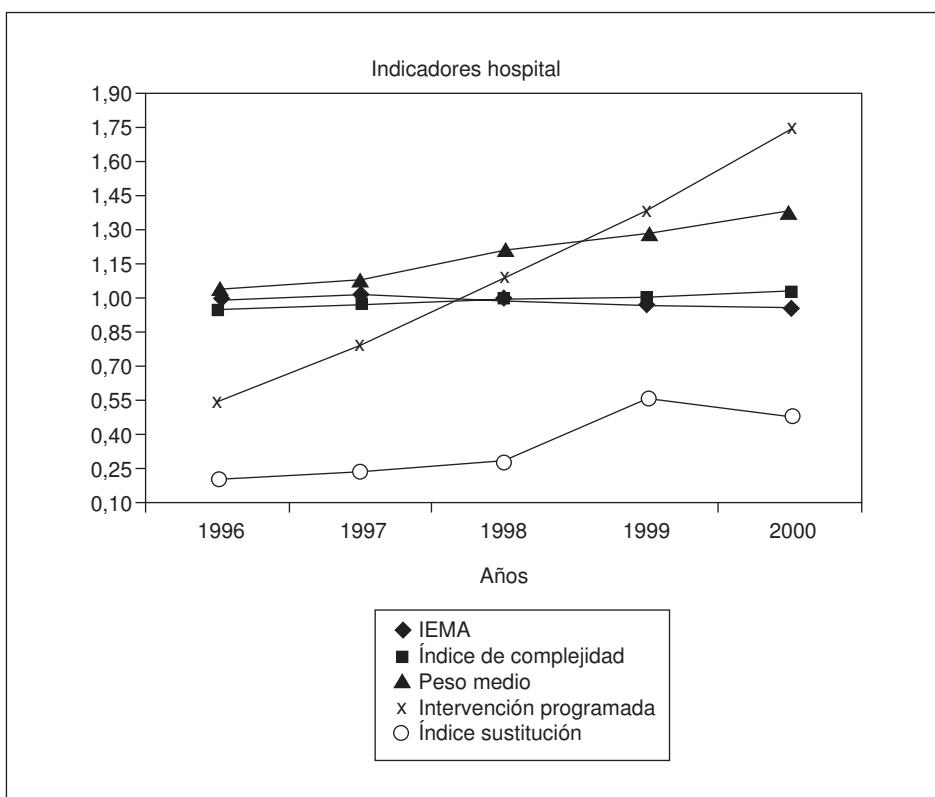


Fig. 2. Relación cirugía mayor ambulatoria (CMA)-indicadores del hospital. CMA: número total/1.000; índice de sustitución: número total/100. IEAMA: índice de estancia media ajustada.

quirúrgicas, resolviendo la patología quirúrgica más frecuente. El tipo de unidad depende del volumen de pacientes previsto, así como de la economía del centro.

La CMA es un método que ha contribuido a reducir las listas de espera en los hospitales, pero no es el único. En el nuestro, la CMA ha pasado de un 25 a un 50% de las intervenciones programadas, lo que ha logrado reducir la demora media un 43% en los quirófanos (comunicación personal. VII Premio a la Innovación en la Gestión y Administración Sanitaria). En el INSALUD, en 1999 el 42% de la cirugía fue ambulatoria, y es posible aumentar hasta el 60% en algunos hospitales, siendo en los hospitales comarcas donde los procedimientos susceptibles de ser resueltos sin ingreso son más frecuentes y los propios programas de CMA son más fáciles de implantar^{6,9}. Desde ese año, el INSALUD fomenta la CMA pagando las intervenciones como si se hubiesen realizado con ingreso, lo que produce el auge creciente de aquellos procedimientos que dan lugar a una reducción de los gastos derivados de la estancia hospitalaria, como las técnicas de cirugía mínimamente invasiva y los programas de cirugía ambulatoria y de corta estancia, y a una reincorporación laboral más rápida del paciente operado^{2,3,8}.

Una de las ventajas más claras de la CMA es el ahorro de estancias quirúrgicas, lo que permite liberar camas hospitalarias y recursos para dedicarlos a otras enfermedades, con disminución del coste por proceso. Además, representa un recurso importante para conseguir una mejor planificación de los servicios quirúrgicos⁹⁻¹¹.

Sin embargo, en un principio la implantación de la CMA supone algunos problemas. Acostumbrados a es-

tancias hospitalarias prolongadas, la vuelta al domicilio tras unas horas de recuperación representa un cambio muy importante no sólo para los pacientes, sino también para los profesionales de la salud^{12,13}. Todo ello se supera con una mayor implicación de los profesionales y gracias a los resultados obtenidos y apreciados por los pacientes.

Los resultados obtenidos en nuestro hospital permiten un ahorro de recursos muy importante (liberación de camas y menor coste por proceso), con un servicio de calidad (menor riesgo de infección hospitalaria, reincorporación temprana al trabajo, menores molestias personales y familiares, y atención más personal)¹⁴. Los profesionales están cada vez más implicados, se incluyen más patologías, hay menos suspensiones (por mejor selección de pacientes), las complicaciones anestésicas son escasas (más que complicaciones anestésicas, el motivo es la realización de programas quirúrgicos de tarde y el hecho de que la unidad cierre a las 21.30, con lo que no hay tiempo suficiente de recuperación postanestésica), la estancia media en UCSI va disminuyendo (por cualificación del personal y confianza en el sistema^{15,16}) y la calidad apreciada es muy elevada (la queja mayor de los enfermos es por la falta de espacio físico en la unidad). Y todo ello es debido a la protocolización de los procesos realizados mediante CMA^{6,9}. La UCSI ha permitido intervenir a un elevado número de enfermos sin necesitar camas hospitalarias en aquellos procesos subsidiarios de CMA, y conseguir un índice de sustitución muy elevado. De otro modo, tales pacientes no hubiesen podido ser intervenidos, incrementando las listas de espera del hospital.

Gracias al aumento progresivo de la CMA (más acentuado desde 1998 en número de intervenciones, el índice de sustitución y el peso medio) el IEMA ha ido descendiendo, el peso medio del hospital ha aumentado (de forma relevante en la patología quirúrgica ingresada), la estancia media ha descendido (leve incremento en el año 2000, con aumento de la estancia media quirúrgica) y la complejidad de la patología quirúrgica atendida ha aumentado (fig. 2). El IEMA disminuye cuando el índice de sustitución con CMA es superior al 30%, y la estancia media hospitalaria y quirúrgica aumenta al existir procesos hospitalizados quirúrgicos con un mayor peso, teniendo que controlar las estancias para evitar una elevación excesiva.

Conclusiones

1. El IEMA disminuye y el índice de complejidad aumenta cuando el índice de sustitución por CMA es superior al 30%, y la estancia media hospitalaria y quirúrgica aumenta al existir procesos hospitalizados quirúrgicos con un mayor peso, teniendo que controlar las estancias para evitar una elevación excesiva.

2. Con los programas de CMA, con ingreso en UCSI o UCMA, la lista de espera quirúrgica y la demora media en lista disminuyen el primero o el segundo años. La demanda inducida que provoca la CMA, bien protocolizada, hace que aumenten a partir del segundo o el tercer años.

3. Los índices de calidad obtenidos en la UCSI, en los programas de CMA, nos permiten afirmar que se trata de una forma de asistencia segura yiable. El grado de satisfacción y aceptación por parte de la población es excelente, siendo una modalidad de asistencia ampliamente demandada en la actualidad.

4. La puesta en funcionamiento de las UCSI y de los programas de CMA mejora la eficiencia en la gestión, ya que dicha innovación en la práctica asistencial quirúrgica mejora los indicadores de actividad de los servicios y del hospital, ahorra costes, incentiva una utilización más eficaz de los recursos del hospital, facilita la implantación y mejora de los sistemas de información y de los programas de calidad, inculca a los profesionales y les estimula

a emplear nuevas fórmulas de gestión clínica y una mayor interrelación, mejora la imagen tanto externa como interna del centro y estimula la interacción entre los hospitales y la atención primaria.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
2. Hospital Nuestra Señora del Prado. Contrato de Gestión 1999. Talavera de la Reina.
3. Portero JL. Motivos de la lenta y desigual implantación de la cirugía mayor ambulatoria en nuestro país. *Cir Esp* 2000;68:1-2.
4. Marín J. La cirugía mayor ambulatoria en el año 2000. *Asecma* 2000;5:9-10.
5. Davis JE. Major ambulatory surgery. Baltimore: Williams & Wilkins, 1986.
6. Sierra E. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro. *Cir Esp* 2001;69:337-9.
7. Ansorena L, Maestre JM, Ramos F, Ostolaza JM. Auditoría de costes en una unidad de cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp* 1996;60:262-7.
8. Ochoa LM, Pajuelo A, Delgado ML, Narbona B. Unidad de cirugía sin ingreso y estancia preoperatoria. *Cir Esp* 2000;67:210-1.
9. Alcalde G, Pérez A. Cálculo de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. En: Maestre JM, editor. Guía para la planificación y desarrollo de un programa de cirugía mayor ambulatoria. Madrid: Ergón S.A., 1997; p. 11-20.
10. De Pedro J, Balibrea JL, Alises R, Cuberes R, Fernández G, García-Blanch R, et al. Cirugía ambulatoria y de alta precoz: descripción y desarrollo del programa en un hospital general. *Cir Esp* 1997;62:39-40.
11. Alonso V, Botello F. Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital comarcal. *Cir Esp* 1999;66:564.
12. Jiménez A. Aspectos clínicos y organizativos de la cirugía mayor ambulatoria. *El Médico* 2000;749:69-72.
13. Rodríguez JL, Azcano E, Álvarez JA, García M, Baldonedo R, Sanz L, et al. Causas que determinan la estancia hospitalaria en cirugía general y digestiva (auditoría comparativa). *Cir Esp* 2000;67:155-9.
14. Jarret P. Some economic aspects of day surgery. *Amb Surg* 1994; 2:102-5.
15. Marshall SI, Chung F. Discharge following ambulatory surgery. *Amb Surg* 1997;5:3-8.
16. Stone MD, Doyle J. The influence of surgical training on the practice of surgery. *Surg Clin North Am* 1996;76:1-10.