



Editorial

Cirugía mayor ambulatoria: dónde estamos y adónde vamos



Major ambulatory surgery: Where we are and where are we going

A finales de los años 50 se establecieron, primero en Vancouver y posteriormente en Washington y California, centros dedicados a cirugía mayor ambulatoria (CMA)¹. El primer centro totalmente independiente («Surgicenter») se inauguró en febrero de 1970 en Phoenix (Arizona) ideado por 2 anestesistas, Wallace Reed y John Ford, que lo concibieron para realizar intervenciones ambulatorias sin la participación de hospitales tradicionales². Ese día realizaron 5 intervenciones ambulatorias, 4 de ellas con anestesia general. En 2011, más de 5.300 centros en EE. UU. realizaron más de 23 millones de intervenciones sin ingreso.

En octubre de 1990, 20 años después, se inauguró en el Hospital de Viladecans una unidad de cirugía sin ingreso multidisciplinaria, autónoma e integrada³.

La International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) se fundó en 1995 coincidiendo con su primer congreso internacional (tercero europeo) en Bruselas. Los miembros fundadores habían comenzado la publicación de la revista *Ambulatory Surgery* en papel en 1993, que actualmente está disponible en www.ambulatotysurgery.org. Además, la IAAS organiza un congreso bienalmente⁴.

A la IAAS se sumó la entonces recién creada Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA), que preparaba su segundo congreso nacional en Sevilla. El primero había sido en Barcelona en 1992, organizado por el Hospital de Viladecans. ASECMA, que ha venido celebrando todos los años congresos y reuniones entre congresos, creó su propia revista³. El de este año 2017 es el xiii congreso nacional que, simultáneamente, es el VI congreso ibérico, congreso internacional organizado en colaboración con la Associação Portuguesa de Cirugia Ambulatoria, lo que supone una interesante colaboración simbiótica entre ambas asociaciones.

En España, según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el porcentaje de cirugía ambulatoria sobre el total de actos quirúrgicos pasó del 10,4% en 1997 al 16,3% en 2000, con un incremento del 5,9%⁵. En 2001, el desarrollo de la

CMA por comunidades era muy desigual³, hecho actualmente superado, con diferencias menores entre ellas. En Cataluña se constata un incremento de la actividad de cirugía ambulatoria y una disminución de la cirugía con hospitalización en el período 2001-2011⁶. En el año 2014, el ministerio reconocía 763 hospitales (345 públicos y 418 privados), con 4.352 quirófanos, de los cuales 434 se dedican a la CMA. Entre 2010 y 2014 se han realizado 2.148.895 intervenciones con ingreso y 1.281.903 ambulatorias, lo que supone una tasa de ambulatorización del 37,36%. No todas estas intervenciones corresponden a Cirugía General, sino al total de los servicios que realizan intervenciones en esta modalidad⁷.

Si analizamos los datos de nuestra especialidad, la tasa de ambulatorización ha variado desde el 27,86% de 2010 hasta el 30,14% de 2014⁸. Disponemos de las infraestructuras y contamos con el apoyo de organizaciones profesionales, pero el incremento de actividad ambulatoria en 4 años supera por muy poco el 2%, lo que nos debe llevar a una reflexión.

En primer lugar, debemos considerar cómo contabilizamos la CMA. La idea clásica del paciente admitido a primera hora y dado de alta el mismo día ha dado paso a otras modalidades. Muchos de estos pacientes se intervienen en programas de cirugía de tarde, competencia actual con los programas establecidos de CMA, que consumen los mismos recursos que las unidades de CMA y suman los costes asociados a la pernocta. Es necesario unificar criterios cuando hablamos de CMA y, por tanto, unificar el lenguaje. Bajo este epígrafe las distintas comunidades autónomas incluyen procedimientos tan diversos como la cirugía menor, la CMA, la cirugía de recuperación prolongada (cirugía de 23 h, *overnight surgery*) o la cirugía de corta estancia. Es necesario que hospitales y sistemas de información institucionales tengan la capacidad de discriminar cada una de estas modalidades de gestión quirúrgica. Solo entonces conoceremos la realidad de nuestros indicadores asistenciales.

En segundo lugar, debemos pensar si la cartera de servicios actual es definitiva o si debemos incluir nuevos procesos.

Parece claro que la colecistectomía laparoscópica y la cirugía tiroidea, la cirugía del hiato esofágico o la cirugía mamaria dirán mucho en el futuro, pero ¿realmente el sistema apuesta por la CMA? ¿Qué beneficios obtienen los que realizan estas intervenciones en régimen ambulatorio con respecto a aquellos que prefieren realizarlos con ingreso? ¿Es la cartera de servicios actual inamovible o deben incluirse nuevos procedimientos? ¿Supone esta inclusión algún riesgo innecesario?

En tercer lugar, debemos valorar la aportación de otros actores. La participación de la atención primaria es testimonial y seguimos realizando la «llamada del día siguiente» para calmar nuestras conciencias y asegurarnos de que no abandonamos a nuestros pacientes a su suerte. Las unidades de hospitalización médica domiciliaria atienden a pacientes complejos a domicilio, adiestrando e implicando a los familiares en su cuidado. ¿No es posible adiestrar unidades de hospitalización domiciliaria quirúrgica que permitan avanzar en la cartera de procesos y vaciar las camas ocupadas innecesariamente? Aunque algunos centros ya han tomado la iniciativa, este debe ser un modelo de control postoperatorio que desarrollar.

En cuarto lugar, hablar hoy de la importancia de la CMA en la gestión es innecesario. Indicadores como la tasa de ambulatorización dicen mucho del funcionamiento global de un centro hospitalario y del sistema sanitario en general⁹. ¿Percibimos interés en las autoridades sanitarias?

En quinto lugar, los registros de actividad siguen siendo deficitarios. ¿Disponemos de un buen sistema de registro de la actividad ambulatoria? ¿Utilizamos esa información para compararnos con otras unidades? ¿Sabemos todos cuál es nuestra tasa de ambulatorización, nuestro índice de sustitución, nuestras complicaciones o nuestra tasa de reingresos? ¿Nos preocupamos de su evolución temporal?

En sexto lugar, el personal de las unidades de CMA, ¿debe ser específico? O, por el contrario, ¿deben convertirse las unidades de CMA en unidades transversales donde cada sección realice sus intervenciones?

Esta debe ser la evolución en este siglo de la CMA: seguir haciendo bien lo que ya hacemos bien, incluir nuevos procesos con apoyo domiciliario y mejorar nuestros sistemas de información para integrar conceptos de mejora continua. El impulso vendrá dado, como sucedió para iniciar los distintos programas de CMA, por una financiación diferenciada que prime esta modalidad frente a la cirugía tradicional con ingreso.

B I B L I O G R A F Í A

1. Urman RD, Desai SP. History of anesthesia for ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2012;25:641-7.
2. Ford J, Reed W. The surgicenter. An innovation in the delivery and cost of medical care. *Ariz Med*. 1969;26:801-4.
3. Sierra Gil E. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro. *Cir Esp*. 2001;69:337-9. abril.
4. International Association for Ambulatory Surgery. [Online]. [consultado 21 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.iaas-med.com/index.php/about-the-iaas/our-history>
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Online]. [consultado 21 Mar 2017]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe_Anual_Anexo_VI.pdf
6. Vergara F, Freitas Ramírez A, Gispert R, Coll JJ, Saltó E, Trilla A. Evolución de la cirugía mayor ambulatoria en Cataluña, 2001-2011. *Gac Sanit*. 2015;29:451-3.
7. Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Online]. [consultado 21 Mar 2017]. Disponible en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/Cubo.aspx?IdNodo=14040#no-back-button>
8. Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Online]. [consultado 21 Mar 2017]. Disponible en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx>
9. Barreiro Morandeira F, González-Vinagre S. Cirugía mayor ambulatoria: dónde estamos y a dónde vamos. *Cir May Amb*. 2013;18:p96.

José María Capitán Valvey^a, Salustiano González Vinagre^{b*} y Francisco Barreiro Morandeira^c

^aUnidad de Gestión Clínica, Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

^bServicio de Cirugía General, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España

^cDepartamento de Cirugía, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(S. González Vinagre\).](mailto:salustiano.gonzalez.vinagre@sergas.es)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.04.005>

0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.