

Cirugía mayor ambulatoria: un éxito del sistema

José Luis Aguayo

Jefe del Servicio de Cirugía General. Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer. Murcia. España.

Mucho se ha escrito sobre la cirugía mayor ambulatoria (CMA) en los últimos años. No se va a hacer aquí un comentario sobre la acreditación y las características de los hospitales de día quirúrgicos, de las técnicas anestésicas o quirúrgicas que posibilitan la cirugía sin ingreso ni de los indicadores de calidad propios, etc. Únicamente se expondrán algunas reflexiones sobre un hecho aceptado: el éxito de la CMA en España.

A principios de los años noventa del pasado siglo comenzó el desarrollo de los programas de CMA y la creación de los hospitales de día quirúrgicos, dentro o en relación estrecha con los centros tradicionales¹⁻³. La mayoría de la clase quirúrgica no tenía (y de esto sólo hace una decena de años) ni experiencia ni fe en el cambio organizativo e ideológico que suponía la cirugía sin ingreso convencional. Era cierto que conocíamos la experiencia americana y sabíamos que gran parte de los procesos que nosotros interveníamos y que se sometían a estancias más o menos largas, en Estados Unidos se efectuaban en lo que denominaban *day surgery* o *outpatient surgery*. Pero seguíamos creyendo que en España esta modalidad era innecesaria (porque la atención que se prestaba a las listas de espera todavía era insuficiente) e inconveniente (porque la considerábamos poco segura y socialmente inaceptable). El tiempo ha venido a dar la razón a los que apostaron por la CMA. Y ¿cuáles han sido las razones del éxito en un período tan corto?

En primer lugar, la constatación del inmenso volumen de las listas de espera quirúrgicas y la necesidad política, social y ética de mantenerla en límites cada vez más estrechos. Así, estas listas se nutren de pacientes con procesos de escasa complejidad pero que requieren un quirófano completamente provisto y un período de vigilancia postoperatoria en unas instalaciones apropiadas. El limitante del factor del quirófano podía afrontarse con prolongaciones de jornada o recurriendo a las mesas de operaciones de centros asociados o concertados, pero el limitante del factor de la cama hospitalaria (en un país donde el número de camas de agudos era ajustado) obligaba a alternativas a la hospitalización tradicional, o abonaba el terreno para ello. Estas alternativas han sido: en primer lugar, y generalmente de forma transitoria, la denominada cirugía de corta estancia, y luego, e implantada definitivamente, la cirugía sin ingreso o CMA.

En segundo lugar, la desaparición a efectos prácticos de los equipos quirúrgicos de cupo y zona. Los cirujanos de zona se habían ocupado, tradicionalmente, de la patología quirúrgica

menos compleja, que intervenían en centros concertados con largas estancias debido a la forma de financiación de dichos hospitales. La jerarquización progresiva de estos efectivos ha motivado que también las enfermedades que atendían pasaran a ser responsabilidad de los cirujanos (facultativos especialistas de área) del servicio del correspondiente hospital de área, general o docente. Y es en estos centros en los que tradicionalmente apenas se asistían procesos de baja complejidad, donde pasó a conformarse una importante lista de espera cuya resolución exigía nuevas modalidades de estancia.

En tercer lugar, el fenómeno anterior estimuló la recuperación científica y académica de los procesos de baja complejidad. Han pasado a ser no ya una parte minusvalorada o incluso despreciable de la cirugía, sino un área en la que la investigación, la docencia y la búsqueda continua de mejores resultados en eficacia, eficiencia y satisfacción tienen la mayor importancia. Prueba de ello son los congresos dedicados en exclusiva a la CMA (el primero fue en Barcelona en 1992, organizado por el Hospital de Viladecans), la creación de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) en 1995⁴, y el interés demostrado por todas las sociedades quirúrgicas y revistas científicas. Además, con independencia de la modalidad de ingreso, la patología quirúrgica de los procesos de baja complejidad, en sí misma, se ha visto extraordinariamente potenciada, como ha ocurrido con la proctología o la cirugía de la pared abdominal, por poner algunos ejemplos.

En cuarto lugar, los programas de CMA han demostrado una eficiencia como en pocas actuaciones del sistema sanitario se había visto. Salvadas las necesarias inversiones iniciales en la construcción o adaptación de hospitales de día quirúrgicos, el ahorro en estancias convencionales se ha traducido en una importante reducción del coste por proceso. Así, en nuestro hospital, una hernioplastia inguinal efectuada en régimen ambulatorio cuesta un 47% menos respecto al valor con ingreso, y un proceso proctológico, el 25%. Además, hemos asistido a una disminución del número de pacientes quirúrgicos ingresados en hospitales que, sin embargo, no se ha reflejado en una reducción del número total de ingresos, puesto que las camas liberadas han basculado hacia el área médica. Pero esto último debe tener su propio análisis y comentario.

En quinto lugar, ha sido sorprendente el grado de satisfacción que expresan los pacientes. Si bien en un primer momento se creyó que la cirugía sin ingreso iba a ser mal acogida (dada

la nula experiencia previa y el hospitalocentrismo cultural), pronto se constató la importancia que el deseo de retorno temprano a casa representaba en el terreno de la calidad percibida. Han sido los propios pacientes, más que el impulso de la administración o de los profesionales, los que han propiciado la CMA. Aquí hay que celebrar el apoyo prestado por los dispositivos de atención primaria, muestra de que la tan traída y llevada descoordinación entre primaria y especializada no es tan real como pudiera parecer.

Por último, la seguridad comprobada. Una buena selección de los enfermos, una sala de readaptación al medio con personal entrenado y la aplicación juiciosa de los criterios de alta hacen que la recuperación de los pacientes y la seguridad sean excelentes en la mayoría de los casos. Los índices de ingreso no programado, de consulta en urgencia o de reingresos, son muy bajos. Un problema relacionado, la posibilidad de incremento de demandas judiciales, se ha revelado como una preocupación infundada. Así, en una serie propia en la que se analizan nueve litigios habidos en nuestro servicio de cirugía general a propósito de 18.000 operaciones consecutivas de cirugía mayor (3.500 ambulatorias), sólo se halló un caso desencadenado tras una intervención de CMA⁵.

En fin, ha sido una conjunción de factores lo que ha permitido la implantación de la CMA. A modo de análisis estratégico: una gran oportunidad para los profesionales (existencia de un gran volumen de pacientes pendientes de intervención por procesos de baja complejidad), una fortaleza del sistema (presencia de equipos y hospitales bien preparados), junto con un fuerte impulso de la administración y un decidido apoyo de los pacientes. Todo ello ha llevado a la CMA a su consideración actual.

Pero no todo son luces. Todavía persisten sombras. Por una parte, los índices de sustitución de algunas enfermedades son aún bajos; a este respecto es posible que la acumulación de experiencia lleve a los equipos a conseguir elevar la proporción de casos que se beneficie del régimen ambulatorio. El factor de la experiencia es muy importante; así, por poner un ejemplo, nosotros conseguimos en la reparación de la hernia inguinocrural, tras unos primeros años con bajos índices, una tasa de sustitución en el año 2000 del 60%^{6,7}, y en el primer cuatrimestre de 2003 alcanzamos el 85%. Por otra parte, aún quedan hospitales y servicios que no utilizan la cirugía sin ingreso. Suelen corresponder a centros que no disponen de hospital de día quirúrgico específico (integrado o satélite) y en los que, en estas circunstancias, se recurre a la tentación de usar el circuito denominado de corta estancia. Lo anterior obliga, como mínimo, a la permanencia en el centro de 48 h y se acompaña de todas las inconveniencias del ingreso convencional (reserva de cama o estancia preoperatoria, retraso del momento del alta, etc.).

También queremos permitirnos alguna opinión sobre el término *cirugía de corta estancia*. Es un término ambiguo que no debería utilizarse como alternativo a CMA si se refiere a enfermedades susceptibles de ser tratadas sin ingreso. Y también se vacía de significado si se refiere a procesos con estancias postoperatorias de 1-2 días en diversas enfermedades en la que se ha visto su posibilidad y seguridad, como son los procedimientos ejecutables por vía laparoscópica sin suturas viscerales (colecistectomía, herniorrafia hiatal, etc.), cirugía tiroidea, cirugía mamaria incluso por neoplasias, etc. Se trata de técnicas quirúrgicas con bajo grado de complicaciones postoperatorias en las que, de la mano también del "tirón" desencadenado por la CMA, se ha experimentado una reducción significativa de la estancia media. En estos casos es más bien una cirugía de ingreso adecuado, pero no corto, puesto que lo que excede lo conveniente o correcto es innecesario e inadecuado.

Como colofón, animamos a todos los hospitales y servicios quirúrgicos a potenciar los centros de día quirúrgicos o a ponerlos en marcha, caso de que se carezca de ellos, así como a investigar y a comunicar los resultados, para que se puedan acumular evidencias. Es una manera efectiva, eficiente y satisfactoria de desempeñar la cirugía en la que, como pocas veces, se ha asistido a una total concordancia entre los distintos actores del sistema sanitario: políticos, gestores, profesionales y usuarios.

Bibliografía

1. Marín J. La cirugía mayor ambulatoria en el año 2000. Cir Amb 2000;5:9-10.
2. Raich M. Cirugía mayor ambulatoria: un beneficio para todos. Cir Amb 2001;6:9-10.
3. Vila JL. Gestión de costes mediante la implantación de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. Cir Amb 2002;7:66-72.
4. 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.
5. Aguayo JL, Serrano C, Flores B, Soria V, Miguel J, Martínez DA. Litigios en relación con la actividad clínica de un servicio de cirugía general. Libro de resúmenes del IV Congreso Regional de Calidad Asistencial; 2003, marzo 27 y 28; Murcia.
6. Carrasco L, Flores B, Aguayo JL, Andreás B, Moreno A, Cartagena J, et al. Contribution of the outpatient surgery unit to the general surgery department of a district hospital. Amb Surg 2000;8:158.
7. Flores B, Carrasco L, Soria V, Candel MF, Pellicer E, Liron R, et al. Índice de sustitución como indicador de calidad en cirugía mayor ambulatoria. Rev Calidad Asistencial 2002;17:350-2.