



REVISTA DE
PATOLOGÍA RESPIRATORIA

www.elsevier.es/pr



CIRUGÍA TORÁCICA II: OPTIMIZACIÓN DE LA ESTANCIA OPERATORIA EN CIRUGÍA TORÁCICA

Coste-eficiencia de la cirugía mayor ambulatoria en cirugía torácica

J.J. Fibla

Hospital Universitari del Sagrat Cor, Barcelona, España

Los recursos destinados a la asistencia sanitaria en los países desarrollados han experimentado un aumento progresivo. Según las estadísticas de la OCDE, en 2011 en España gastamos el 9,5% del PIB en sanidad; a pesar de ello la demanda de servicios sanitarios de calidad por parte de la población crece a ritmo mayor que la tasa anual de recursos destinados. Se estima que las necesidades sanitarias exigirán aumentos mínimos del 4% anual hasta 2016. Esta situación ha determinado que los responsables sanitarios inicien políticas dirigidas a la contención de gastos y al aumento de la eficiencia buscando alternativas a los procedimientos habituales hasta ahora.

De las diversas alternativas existentes a la hospitalización convencional la cirugía ambulatoria ha sido la modalidad que más ha crecido en los últimos años. La cirugía ambulatoria es un modelo de organización asistencial que trata de adecuar la demanda a los recursos sanitarios disponibles y que logra un menor coste por proceso de las patologías tratadas debido al ahorro de las estancias hospitalarias. A pesar de su creciente importancia son escasos los estudios que en España analizan el coste-efectividad de los programas de cirugía ambulatoria, siendo aún más raros los centrados en la cirugía ambulatoria aplicada a la cirugía torácica. En nuestro servicio, desde 2001 tenemos en marcha un programa de cirugía ambulatoria basado en una política de retirada precoz de los drenajes torácicos y en la implicación del personal de quirófano, anestesia y enfermería.

De cara a objetivar los beneficios obtenidos con esta política llevamos a cabo un estudio analizando los aspectos clínicos, resultados y, especialmente, el impacto económico de este programa incluyendo 3 procedimientos: video-mediastinoscopia, biopsia pulmonar videotoracoscópica y simpatectomía torácica bilateral por videotoracoscopia. El

estudio analizó 438 pacientes intervenidos entre 2001 y 2007, todos ellos con ASA I, II y ASA III seleccionados, sin límite de edad y acompañados por familiares o amigos en la ciudad. Ingresaron 1-2 h antes de la cirugía, fueron intervenidos bajo anestesia general y fueron dados de alta a las 4-6 h del procedimiento. No se constató mortalidad. El índice de sustitución (IS) (proporción de pacientes ambulatorios respecto al número total de procedimientos, expresado como porcentaje) fue del 75,1% (438/583). De los casos que no entraron en el programa, 103 fueron excluidos por haber sido operados por la tarde y 20 por ser de fuera de la ciudad, por lo que el IS real podría haber sido del 95,2% (438/460). El índice de ingreso (II) (proporción de pacientes ingresados de manera imprevista tras la cirugía respecto al número total de procedimientos ambulatorios expresado como %) fue del 1,36% (6 pacientes) y el índice de reingreso (IR) (igual que el II pero tras el alta) fue del 0,7% (3 pacientes).

El impacto económico se tasó en base a los gastos de ingreso de nuestro hospital y de otros centros. La reducción en los costes de las variables hospitalarias (camas, comidas, energía, lavandería, etc.) se calculó respecto a la hospitalización convencional, siendo los costes hospitalarios fijos los mismos en el programa de cirugía ambulatoria que en la hospitalización convencional. El coste medio por procedimiento fue de 1.257,78 €, mientras que el coste medio por un día de hospitalización fue de 1.743,88 €, con lo cual el ahorro medio por paciente fue del 486,10 €. Aplicando la estancia media de otros hospitales españoles con un nivel de actividad similar, el ahorro por paciente hubiera sido de 846,10 €. Concluimos que la mediastinoscopia, la biopsia pulmonar y la simpatectomía bilateral pueden ser incluidas de manera segura en un programa de cirugía torácica sin

ingreso. El impacto del beneficio económico de un programa de cirugía torácica ambulatoria respecto a la hospitalización convencional es significativo; no obstante, depende de la política previa de cada servicio en lo referente a estancia hospitalaria. Es necesaria una mayor experiencia para mejo-

rar el índice de sustitución e incluir en el programa de cirugía torácica sin ingreso otros procedimientos. La posibilidad de llevar a cabo procedimientos de cirugía torácica en régimen ambulatorio constituye una opción óptima para mejorar el coste-eficiencia de la especialidad.