

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. UNA NUEVA FORMA DE ENTENDER LA MEDICINA QUIRÚRGICA

AMBULATORY SURGERY. A NEW MODEL OF SURGICAL MEDICINE

DR. ALEJANDRO RECART (1)

(1) Servicio Anestesiología. Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

Email: alejandro.recart@gmail.com

RESUMEN

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un modelo de atención en salud, específico para pacientes quirúrgicos, que en los últimos años ha alcanzado un importante desarrollo en gran parte del mundo desarrollado, donde cerca del 80% de toda la cirugía electiva se realiza de esta manera. En Latinoamérica y Chile este progreso ha sido más lento. En términos generales consiste en que a determinados pacientes se les da de alta el mismo día de la cirugía y no necesitan de la cama hospitalaria para completar su proceso de recuperación. Los avances en cirugía mínimamente invasiva y técnicas anestésicas que permiten una rápida recuperación, han permitido que la ambulatorización o cirugía de día, sea considerada la alternativa de elección para muchos tipos de procedimientos. La CMA constituye una estrategia novedosa y costo-efectiva comparada con la cirugía tradicional, al resolver el procedimiento quirúrgico sin comprometer la calidad de la atención ni la seguridad del paciente. Para desarrollar con éxito este tipo de iniciativas, se requiere contar con un Programa de Atención específico, que incluya normas de selección de pacientes y procedimientos, además de indicaciones para el alta y control domiciliario, de manera de mantener el mismo estándar de cuidado que la cirugía con hospitalización. Su implementación definitiva requiere generar cambios en los modelos organizativos vigentes y sobre todo generar

incentivos a todos los involucrados en este proceso de atención clínico. En un entorno como el actual, de aumento de la demanda quirúrgica y costos sanitarios crecientes, desarrollar la CMA constituye un necesario e importante desafío para las organizaciones de salud. Es una manera de agregar Valor.

Palabras clave: Cirugía, anestesia, cirugía ambulatoria, cirugía de día, gestión en salud.

SUMMARY

Ambulatory Surgery (AS) is an innovative model of health care, specific for surgical patients, which in recent years has reached significant progress in much of the developed world, where about 80% of all elective surgery is performed this way. In Latin America and Chile these advances have been less important. Under this model, many surgical patients are discharged home the same day of their procedures and do not need the hospital bed to complete their recovery process. Advances in minimally invasive surgery and anesthetic techniques that allow rapid recovery, have permitted day surgery to be considered as the alternative of choice for many types of procedures. AS is a novel and cost-effective strategy compared to traditional surgical care, resolving the surgical procedure without compromising quality of care

or patient safety. In order to successfully carry out this types of initiatives, it is necessary to have a specifically developed Care Plan, which includes guidelines for patient and procedure selection, as well as protocols for patient's discharge and follow up, in order to maintain the same standard of care as traditional surgery. Its definitive implementation requires generating changes in the current organizational models and, above all, create incentives for all those involved in the clinical care process. In a world with increasing surgical demand and health costs continuously rising, developing AS programs becomes a necessary and important challenge for health organizations. It is a way to add value in health care.

Key words: Surgery, anesthesia, ambulatory surgery, day surgery, health administration.

INTRODUCCIÓN

Los continuos cambios en la realidad epidemiológica y socioeconómica de la población en Chile han traído como consecuencia un aumento sostenido de la necesidad por resolver patología quirúrgica. Las personas viven más, tienen mejor acceso a Servicios Sanitarios y en consecuencia, se operan más. Esta es una de las razones que explican el continuo aumento de los costos en atención de salud. Tanto en los subsistemas Público como Privado la oferta quirúrgica (pabellones, profesionales, camas) es limitada, por lo tanto, constituye un desafío para nuestras instituciones resolver esta mayor demanda de cirugía con calidad, seguridad y también con oportunidad (1). Una consecuencia no deseada de la no satisfacción oportuna de la demanda quirúrgica en el Sistema Público es el sostenido aumento de pacientes integrando las llamadas Listas de Espera Quirúrgica. La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se ha convertido en una de las estrategias más costo-efectivas disponibles para la resolución de distintos tipos de cirugía.

La CMA es un modelo de gestión sanitaria multidisciplinario en que a los pacientes se les da de alta el mismo día de una cirugía electiva, evitando la necesidad de utilizar la siempre escasa cama de hospitalización. Esto es independiente de la técnica anestésica utilizada. También se la ha denominado, "Cirugía de Día", de "Hospitalización Transitoria o abreviada" y "Cirugía de 23 horas" (2). Un paciente quirúrgico ambulatorio realiza todo el proceso de evaluación preoperatoria tanto desde el punto de vista médico como administrativo para ingresar a la clínica u hospital, utiliza el pabellón y la unidad de recuperación de manera similar a los pacientes tradicionales, sin embargo no requiere utilizar una cama para completar su proceso de recuperación (3,4). Es decir, el paciente si se "hospitaliza", la diferencia es que no aloja en la Institución. Este punto es de

fundamental importancia al momento de definir la estructura de costos para estos procedimientos y además para establecer las modalidades o coberturas de pago en el caso de los pacientes con seguros privados.

En general, en los lugares donde la CMA se realiza en forma masiva, esta se lleva a cabo en unidades especiales e independientes llamadas UCA/UCMA (Unidad de CMA). Una UCMA requiere de condiciones estructurales, funcionales y también de recursos que garanticen un funcionamiento eficiente y de calidad, así como la seguridad de los pacientes (5). Adicionalmente, es muy importante contar con equipos trabajo entrenados y cohesionados, que se guíen por Protocolos de Atención Clínica, de manera de lograr siempre los mejores resultados para los pacientes. Normalmente el ingreso hospitalario y el alta post operatoria ocurren dentro de esta misma unidad, de manera que lo ideal es que cuenten también con alguna estructura administrativa independiente. En estas unidades, el trabajo en equipo es fundamental.

Existen reportes en relación a la CMA desde mediados del siglo 20, sin embargo, es desde principios de la década de los 90, que ésta ha experimentado un enorme crecimiento, gracias a la incorporación de la Cirugía Mínimamente Invasiva y a los avances en drogas y técnicas anestésicas, que permiten una rápida recuperación de las funciones cognitivas, facilitando así el proceso de recuperación (6). Se considera la modalidad de elección para la mayoría de la cirugía electiva en países desarrollados, donde cerca del 80% de los procedimientos quirúrgicos son resueltos de esta manera (7) (Tabla 1 A y B). En nuestro medio, el desarrollo de la CMA ha sido bastante más lento. A nivel local existen reportes en relación a CMA a partir de 1999 sin embargo, se trata principalmente de series de casos de cirugías de baja complejidad, en general de tipo oftalmológica y/o con anestesia local. Posterior al año 2002, hay publicaciones de experiencias en cirugías mayores como colecistectomía, amigdalectomía, safenectomía, entre otras (8,9). Sin embargo, aún cuando en Chile si se realiza cirugía en modalidad ambulatoria, este no es aún un Modelo de Atención que funcione en forma regular en el país y estas experiencias publicadas corresponden más bien a reportes aislados. Existen UCMA funcionando dentro del país, principalmente a nivel público.

Por el momento no contamos con información exacta respecto a cuánta CMA se realiza en el país, ni tampoco con una evaluación de cuáles han sido sus resultados, pero tomando como referencia la experiencia internacional, existe mucho espacio para avanzar esta área. Lo habitual en nuestro medio es que la mayoría de los pacientes sometidos a cualquier procedimiento quirúrgico, se hospitalicen al menos la primera noche del postoperatorio.

TABLA 1A. PORCENTAJE DE CIRUGÍA ELECTIVA REALIZADA EN FORMA AMBULATORIA EN DISTINTOS PAÍSES

Canadá	83%
EE.UU.	83%
Dinamarca	79%
Australia	74%
Países Bajos	65%
España	58%

TABLA 1B. TIPOS DE CIRUGÍA Y PORCENTAJE DE AMBULATORIZACIÓN. EE.UU. 2003

Cataratas	99%
Hernia abdominal	84%
Hemorroides	95%
Fimosis	88%
Colecistectomías	57%
Adenoidecomía	56%

America Leads the Way In Outpatient Procedures FASA:
<http://www.ascassociation.org/docs/americleadstheway>.

CARACTERÍSTICAS DEL MODELO QUIRÚRGICO AMBULATORIO

Se han descrito múltiples ventajas asociadas a este modelo, entre otras está el que se logra una mejor programación y planificación de las tablas quirúrgicas, dado que se trata de cirugías que permiten una mejor utilización del pabellón (10). La evidencia actual sugiere que los pacientes pueden retornar precozmente a sus actividades habituales y manifiestan preferencia para ser intervenidos de esta manera, porque les permite un menor tiempo de separación de su entorno habitual, lo que es muy beneficioso especialmente en grupos de pacientes pediátricos y ancianos (11-13).

Lo más destacado es que la CMA es un modelo de gestión costo-efectivo, lo cual permite disminuir transversalmente los costos en salud, manteniendo la calidad de atención

y la seguridad para los pacientes. Esta ha sido la causa de su implementación definitiva en muchos lugares, independientemente de si se trata de Salud Pública o Privada (11). Sin embargo, probablemente más importante aún que el control de costos, lo más significativo sea el hecho de que los pacientes no necesitan esperar la disponibilidad de una cama para poder operarse, por lo tanto se operan cuando lo necesitan, evitándose complicaciones derivadas de la postergación de la cirugía, lo que resulta además en un importante impacto sobre las listas de espera quirúrgicas, porque ofrece a los pacientes efectiva oportunidad de atención.

Uno de los argumentos que ha dificultado el iniciar programas de este tipo tiene que ver con los eventuales riesgos o complicaciones que podrían ocurrir al regresar los pacientes a su casa el mismo día de la cirugía. Existe numerosa evidencia que demuestra que, cuando la CMA se realiza de la manera apropiada, no existe diferencia entre ésta y Cirugía con Hospitalización respecto a la seguridad de los pacientes. Ya en 1993 Warner demostró que realizar CMA no implica mayor riesgo que la cirugía con ingreso, encontrando incluso que en el grupo sometido a cirugía con alta en el día había menor morbilidad y complicaciones que en el grupo control, que se operaron de lo mismo, pero que sí ocuparon la cama del hospital (14).

Es importante señalar que un paciente de cirugía ambulatoria, como parte del proceso de atención quirúrgico, debe ingresar a un programa específico, donde se le evalúa antes de la operación, se le educa en relación a su cirugía (incluyendo indicaciones preoperatorias) y a su postoperatorio en domicilio. Esto permite una mejor adaptación a todo su postoperatorio y evita suspensiones y cancelaciones de procedimientos. Luego de operarse, y cuando cumple determinados criterios de recuperación, es dado de alta, pero continúa bajo vigilancia por el mismo equipo de la UCMA, realizándose un seguimiento postoperatorio a cargo de la misma Unidad, habitualmente vía telefónica. Deben existir además protocolos de acción en caso que el paciente presente alguna complicación u otra situación médica en domicilio (2,15). Por todo lo anterior, debe entenderse a la CMA como un modelo formal y estructurado, diferente a un alta precoz, en que algunos pacientes son dados de alta por sus tratantes el mismo día de la cirugía cuando han tenido un post-operatorio favorable. En estos casos no se cumple un proceso de atención quirúrgico ambulatorio propiamente tal.

No todos los pacientes son candidatos a operarse en forma ambulatoria ni toda cirugía es posible de ser realizada bajo esta modalidad. Un adecuado programa de CMA debe incluir criterios de inclusión y exclusión, tomando en cuenta las características del lugar y la experiencia del equipo tratante.

¿CUÁLES PROCEDIMIENTOS?

Una gran variedad de cirugías electivas pueden hacerse de manera ambulatoria y se pueden utilizar distintas técnicas quirúrgicas, anestésicas y analgésicas. Cada UCMA deberá determinar cuáles cirugías podrán ser ambulatorizadas, considerando (6,17):

- Minimizar el trauma quirúrgico, prefiriendo técnicas mínimamente invasivas.
- Preferir cirujanos y anestesiólogos más experimentados de manera de disminuir los tiempos quirúrgicos y la posibilidad de complicaciones así como también hacer más expedito y predecible el proceso de recuperación y alta.
- El dolor postoperatorio debe poder ser controlado con analgesia oral y/o con técnicas de bloqueos anestésicos regionales.
- Elegir cirugías de menos de 120min de duración.
- Seleccionar aquellas cirugías con baja probabilidad de sangrado post operatorio (Tabla 2).

¿CUÁLES PACIENTES?

En los lugares donde se realice CMA deberán existir protocolos de selección que tome en cuenta las comorbilidades y las características socioculturales de los pacientes (18,19).

Criterios de Selección:

- Quirúrgicos

Muy importante es la opinión del cirujano y anestesiólogo, que en base a su criterio y experiencia decidan que un procedimiento determinado, para un determinado paciente haga necesaria la hospitalización. Aun cuando se cumplan con los criterios formales de ingreso al programa de CMA, la decisión final será siempre del equipo médico tratante.

- Médicos

Se basa en la clasificación de la *American Society of Anesthesiology*. Son candidatos los pacientes ASA I y II, con sus comorbilidades controladas y que no presenten descompensación. Se sugiere evitar la cirugía en forma ambulatoria a niños muy pequeños o adultos muy mayores. La obesidad extrema y el síndrome de Apnea del Sueño se consideran contraindicaciones para CMA.

- Social-cultural

Los pacientes ambulatorios requieren apoyo domiciliario para asegurar un postoperatorio seguro. Debe existir un adulto responsable, presente desde el alta y todos deben entender claramente las instrucciones verbales y escritas. Se recomienda también que los pacientes no vivan más allá de una hora de distancia del centro hospitalario y que cuenten con teléfono permanente. El alta domiciliaria es para continuar el reposo postoperatorio y no para volver de inmediato a las actividades normales (20).

TABLA 2. ALGUNOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, POR ESPECIALIDAD, SUSCEPTIBLES DE SER REALIZADOS EN FORMA AMBULATORIA

Cirugía	Colecistectomía
	Herniorrafia
	Tumorectomía mamaria
	Safenectomía
	Hemorroides, fístulas perianales
Urología	Orquiectomía, quistes testiculares
	Orquidopexia
	Fimosis, vasectomía
	Litotripsia
	Tumores vesicales, resección transuretral
Ortopedia y Traumatología	Cirugía de mano. Túnel carpiano
	Cirugía artroscópica hombro y rodilla
	Retiro material osteosíntesis
	Cirugía de Pie. Hallux Valgus
Otorrinolaringología	Amidalectomía y adenoidectomía
	Miringotomía, timpanoplastía
	Fractura nasal
	Septoplastia
Oftalmología	Cataratas
	Blefaroplastía
	Estrabismo
Ginecología	Laparoscopia ginecológica diagnóstica
	Ligadura Tubaria
	Cirugía de Incontinencia

ENFOQUE COSTO-EFECTIVIDAD

La CMA ha mostrado ser más costo-efectiva y segura que la cirugía con hospitalización, cuando se siguen en forma estricta las guías y recomendaciones al respecto (Tabla 3).

Si bien la incidencia de complicaciones relacionadas a la CMA es muy baja, existen otros indicadores clínicos que le son propios, como el **Índice de Reingresos** (se acepta hasta un 2%), que es el paciente que fue dado de alta y regresó posteriormente al hospital; o el **Índice de Hospitalización**, que se refiere al paciente que no pudo ser dado de alta a pesar de que estaba programado para ello (hasta un 6%) (2). Existen otras complicaciones menores, como dolor, náusea y somnolencia que pueden retrasar el alta en este tipo de pacientes (21).

Si se detecta aumento en estos indicadores, entonces debe revisarse el proceso de atención implementado.

Existen reportes de ahorro de costos para las instituciones que van desde un 25% hasta cerca de un 65% comparado con cirugía tradicional solamente por el hecho de no tener que utilizar la cama hospitalaria, pero se producen además una serie de otras economías de escala al optimizar el uso de los pabellones quirúrgicos y al re-destinar la cama a un uso alternativo.

Otras ventajas son (22,23):

- **Menor tiempo de estadía hospitalaria**, lo que permite a la institución poder programar más pacientes, reducir las listas de espera quirúrgicas y eventualmente ocupar las camas liberadas con los pacientes que si requieran ingreso, como puede ser cirugía de cáncer, protésica, urgencias etc.

- **Uso más eficiente de los pabellones**, por las cirugías más cortas y porque cuando se implementan programas de CMA disminuyen las suspensiones y cancelaciones de casos. Deja de ocurrir la situación en que un paciente no se opera porque no tiene cama asignada previamente, situación común de observar en Instituciones con alta presión asistencial (10,24,25).

- **Existe un beneficio indirecto a la sociedad en su conjunto**, ya que usualmente los pacientes están menos tiempo ausentes de sus actividades normales, lo que les permitiría volver antes a trabajar.

Ha existido controversia respecto al hecho de la posible transferencia de responsabilidad o costo hacia el paciente por el hecho de continuar el postoperatorio en domicilio. Es muy importante señalar que un programa de CMA debe incluir un sistema de monitoreo continuo vía telefónica de los pacientes post-operados y explicarles que serán contactados por parte de miembros del equipo quirúrgico en forma regular durante su reposo. Los pacientes además podrán comunicarse fácilmente con sus tratantes en caso de ser necesario e incluso el programa puede incluir visitas a domicilio por parte del equipo de salud (26).

TABLA 3. PORCENTAJE DE AHORRO DE COSTOS REPORTADOS EN LA LITERATURA PARA DIFERENTES PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. CIRUGÍA AMBULATORIA COMPARADA CON CIRUGÍA CON HOSPITALIZACIÓN

Fuente	País	Procedimiento	Ahorro de Costos
Heath et al. 1990	Reino Unido	Laparoscopías, artroscopías. Quistectomías	49-68%
Arregui et al. 1991	EE.UU.	Colecistectomía Laparoscópica	46%
Mitchell and Harrow 1994	EE.UU.	Herniorrafia Inguinal	36%
Kao et al. 1995	EE.UU.	Artroscopía Rodilla	58%
Mowschenson and Hodin 1995	EE.UU.	Tiroidectomía & Paratiroidectomía	30%
Van den Oever and Debbaut 1996	Bélgica	Herniorrafia Inguinal	43%
Zegarra et al. 1997	EE.UU.	Colecistectomía Laparoscópica	25%
Levy and Mashoof 2000	EE.UU.	Cirugía de Hombro	56%
Kumar et al. 2001	Reino Unido	Reparación Ligamento Cruzado Anterior	20-25%
Rosen et al. 2001	EE.UU.	Colecistectomía Laparoscópica	11%
Lemos et al. 2003	Portugal	Ligadura Tubaria	62.4%

TIPOS DE UNIDADES Y RRHH

La CMA se ha llevado a cabo en 4 tipos de unidades principales:

-Integrada al Hospital: La UCMA está dentro de un hospital o Clínica, compartiendo pabellones, recuperación y personal con la cirugía tradicional o con hospitalización. Los procedimientos ambulatorios se realizan dentro de los mismos pabellones o quirófanos generales, asignándose uno o más de ellos para la CMA. La programación en tabla quirúrgica es también no diferenciada.

-Independiente: Dentro del hospital, pero funciona en forma separada de los pabellones tradicionales. Los médicos pueden alternar entre una unidad y otra, pero la UCMA Independiente tiene procesos clínicos y administrativos diferentes y personal propio.

-Autónoma: Unidad que funciona separada de un hospital, en una instalación propia. Puede estar en las cercanías o relacionada a un establecimiento más complejo, pero está construida y organizada exclusivamente como una Unidad de Cirugía Ambulatoria.

-Office-Based: Es la tendencia actual. Los pabellones funcionan en lugares que no son las clínicas u hospitales tradicionales si no que se adaptan dentro de las mismas consultas de los cirujanos o en recintos usados para atención primaria.

Existe experiencia en Chile con Unidades del tipo integrada e independiente, es decir, siempre dentro del hospital, que tienen niveles de eficiencia variable dado que su diseño original es para pacientes hospitalizados. Cuando la UCMA está dentro del hospital, su éxito va a depender de cuan independiente logre funcionar respecto a la dinámica propia de la institución, porque no es infrecuente que los pabellones principales o centrales utilicen los recursos tanto materiales como humanos de la UCMA cuando ven sobrepasada su capacidad de resolución. Por esto es recomendable separar los procesos de atención, tanto clínicos como administrativos, de manera conseguir operar un alto número de pacientes, que es una característica principal de este modelo. La tendencia actual es el diseño y operación de unidades autónomas, donde los beneficios respecto a ahorro de costos y optimización del uso de pabellones son más evidentes. Estas unidades pueden estar afiliadas a una institución más grande y compleja, que presta apoyo de distintas formas a su clínica ambulatoria. Por ejemplo, facilita acceso a camas de hospitalización y al Servicio de Urgencia en caso de ser necesario y pueden realizar en conjunto la adquisición y mantención de equipamiento e insumos (27,28).

La Cirugía en Consultorio o *Office-Based Surgery* es una modalidad de atención muy utilizada principalmente

en Norte América, que consiste en que los pacientes se operan en instalaciones sanitarias distintas a las clínicas y hospitales, como pueden ser las consultas de los propios cirujanos adaptadas para este propósito. Publicaciones recientes sugieren que bajo este modelo de gestión quirúrgica se alcanzan incluso mejores niveles de costo-efectividad que la CMA tradicional (29). Esta no es una opción disponible actualmente dentro de Latinoamérica y existe poca experiencia al respecto. La evidencia de países desarrollados hace posible suponer que más temprano que tarde tendremos también esta modalidad de atención entre nosotros.

La CMA requiere un enfoque multidisciplinario, flexible y de evaluación continua. Los cirujanos requieren experiencia para minimizar los tiempos quirúrgicos y el trauma propio de la cirugía, además de disminuir la posibilidad de complicaciones. El rol del médico anestesiólogo es muy importante: junto con ser uno de los profesionales más idóneos para efectivamente coordinar la unidad (30) deberán ser capaces de, independiente de la técnica usada, permitir a los pacientes recuperar a la brevedad el estado cognitivo previo a la operación, libre de dolor, náuseas y otras complicaciones para así facilitar el flujo de los pacientes a través de todo el perioperatorio. Esto es lo que se ha llamado anestesia *fast-track* o de rápido recambio. El personal no médico idealmente deberá ser multi función y podrá desempeñar diferentes tareas dentro del proceso quirúrgico (31,32).

CMA: PROCESO DE ATENCIÓN CLÍNICO

Toda UCMA debe definir y dejar por escrito su Proceso General de atención Clínico, donde se establece la modalidad de funcionamiento y se incluyen algunos protocolos específicos de atención de pacientes, como manejo del dolor, criterios de alta desde la Unidad de Recuperación y otros. Este es un documento único para cada unidad, que incluye características generales del manejo de pacientes quirúrgicos ambulatorios y otros elementos que son propios de cada lugar (33). En general todo Proceso General de Atención en cirugía ambulatoria abarca desde el momento en que el paciente acepta la indicación de intervención quirúrgica por parte de su médico tratante, hasta el alta definitiva de la Unidad que ocurre en el momento del control de enfermería postoperatorio de las 24 hrs. Incluye al menos las siguientes etapas (Tablas 1 A y B):

- **Diagnóstico y entrada del paciente al programa:** Realizado por el cirujano tratante para resolver una patología quirúrgica susceptible de alta en el día. El paciente ambulatorio requiere de una evaluación adicional a objeto

de determinar si cumple criterios para operarse con alta en el día. Esta evaluación la puede hacer un enfermera entrenada y será supervisada por anestesiología. Se realiza previo al ingreso del paciente y puede hacerse en forma presencial o a través de una entrevista especialmente diseñada. En esta etapa se entrega educación al paciente respecto a su perioperatorio y algunos centros entregan folletos con información específica para cada procedimiento. El paciente ingresará a la Unidad el día de la cirugía con el consentimiento quirúrgico firmado y la evaluación preoperatoria realizada.

- **Salida:** Se evalúa en dos oportunidades: Alta del paciente a su domicilio con su acompañante desde la Unidad de Recuperación (al momento de cumplir con criterios de alta) y posteriormente el control o seguimiento postoperatorio domiciliario.

- **Excepciones:** No se realizarán intervenciones quirúrgicas no programadas o cirugía de urgencia. Tampoco a pacientes que para su recuperación requieran un plazo mayor a 6 hrs de observación directa o que no cumplan con los criterios generales de inclusión específicos para CMA.

- **Urgencias:** Las complicaciones inmediatas derivadas del procedimiento quirúrgico, pueden ser resueltas dentro de los mismos pabellones ambulatorios. En caso de detectarse alguna complicación postoperatoria cuando ya están cumpliendo reposo en domicilio, los pacientes deberán acudir al servicio de urgencia para ser evaluados.

DIFICULTADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE CMA

La CMA constituye un enfoque innovador al cuidado del paciente quirúrgico. Como tal, es habitual que la implementación inicial de este modelo genere diversos tipos de resistencia al cambio y estas dificultades son diferentes al analizar los sub sistemas público y privado (11). Las principales son:

- Regulatorias:** Pueden existir normas o regulaciones locales que hagan más difícil realizar CMA.

- Restricciones Presupuestarias:** Construir, equipar y operar una UCMA independiente requiere de una inversión importante en recursos físicos y humanos.

- Económicas:** Existen todavía incentivos para que los pacientes en determinados lugares permanezcan hospitalizados a pesar de que desde un punto de vista clínico están en condiciones de alta.

En Chile, algunos pacientes son informados por su asegu-

rador (Isapre) que no tendrán igual cobertura financiera si es que el alta es en el día (generando mayor copago al paciente), y que esta cobertura es mejor si deciden hacer su post operatorio hospitalizado. Esta es una situación bastante común de observar y produce confusión en desmedro de la cirugía ambulatoria. Sin embargo, tanto las aseguradoras como el regulador informan que la cobertura de los planes depende mas bien del grado de complejidad del diagnóstico (guarismo) y no de si el paciente aloja en la clínica u hospital (34). Es así que, a pesar de que en teoría el funcionamiento de los planes de salud debiera ser al menos igual tanto para cirugía ambulatoria como hospitalizada, existe en la práctica un desincentivo para la CMA a nivel de medicina privada, contrario a lo que ocurre en países desarrollados en que cuando un paciente de cirugía ambulatoria se hospitaliza (sin necesidad de hacerlo), entonces la cobertura de pago es menor y se deben evacuar informes justificando tal decisión. Es necesario enfatizar que los pacientes operados en forma ambulatoria si se hospitalizan, la diferencia es que no pasan la noche en el establecimiento porque completan su periodo de recuperación post operatoria en domicilio. Superar esta dificultad será clave para el éxito de este tipo de programas.

- **Culturales:** Tanto algunos médicos como pacientes manifiestan aprehensiones en relación a la CMA. Por diferentes razones, ambos grupos son poco proclives a hacer las cosas en forma diferente a como se han hecho siempre. Existen algunos pacientes (especialmente en el sub sistema privado) que prefieren e incluso insisten en permanecer hospitalizados a veces mucho más allá de lo necesario desde un punto de vista médico. Aún cuando han recibido toda la información al respecto, no están dispuestos a aceptar esta modalidad de atención porque les genera inseguridad o bien estiman que podrán realizar un reposo de mejor calidad si permanecen ingresados. En el caso de los médicos tratantes, muchos de ellos entrenados en lugares en que la CMA es la modalidad de elección, al intentar implementarla a nivel local descubren que no existen o procesos clínicos expeditos o las facilidades necesarias desde un punto de vista organizacional que les permitan optar por la CMA como primera opción para el manejo de sus pacientes.

Por todo lo anterior, en nuestro medio y a pesar de toda la evidencia disponible a su favor, la CMA encuentra múltiples dificultades para su implementación definitiva. La promoción del modelo a través de actividades de extensión como seminarios y congresos y la publicación y difusión de estudios clínicos con evidencia científica respecto a las ventajas de la CMA, puede ser importante para cambiar la mentalidad prevalente.

EL FUTURO

La experiencia en diversos países indica que la CMA es muy bien aceptada tanto por los clínicos como por la comunidad una vez que todos comprenden sus beneficios y también sus limitaciones. Para esto, es muy importante que los sistemas sanitarios logran alinear correctamente una serie de incentivos a lo largo del proceso de atención. Una adecuada estrategia de implementación debe incluir una aproximación gradual, con los cirujanos y anestesiólogos interesados, pero también el diseño de un programa que tome en cuenta entrenamiento y capacitación de enfermería y personal no médico, que son claves para efectivamente implementar este tipo de cambios. Inicialmente incorporar pacientes y procedimientos en los que todos estén confortables respecto a su ambulatorización, para luego ir incorporando tanto pacientes como cirugías más complejas. Cada Unidad va aprendiendo de su propia experiencia (35).

La evidencia científica y la experiencia práctica en muchos lugares indican que la CMA seguirá en expansión. La continua incorporación de nueva tecnología, con cirugías cada vez menos invasivas y la creciente necesidad de controlar el aumento de los costos en salud hacen altamente previsible que esta estrategia se convertirá en la alternativa principal para los pacientes quirúrgicos electivos también en nuestro medio y pronto será necesario explicar con buena evidencia el porqué determinado paciente tuvo que ser hospitalizado luego de su cirugía,

en vez de ser dado de alta en el día. El trabajo en conjunto entre las Instituciones de Salud y las aseguradoras es de gran importancia.

Tal como se ha insistido, los factores clave serán la adecuada selección del paciente, con cirujanos, anestesiólogos, enfermería y personal de pabellón motivado, que hayan internalizado el concepto de trabajo en equipo buscando la eficiencia, calidad y la seguridad a través de protocolos de atención clínica. La prevención y el manejo de las complicaciones serán vitales para que el paciente pueda retomar a la brevedad sus actividades habituales.

La CMA es una manera de organizar y resolver la demanda quirúrgica que requiere de un enfoque lo más Institucionalizado posible (36), y en el futuro será necesario que tanto las instalaciones como el personal estén debidamente acreditados por organizaciones especializadas en este tipo de procesos (37).

Este modelo de atención ha llegado para quedarse y su adecuada implementación pasa por encontrar y alinear incentivos adecuados a todos los involucrados, sobre todo para el paciente, que es el principal beneficiado. El implementar CMA en nuestro medio, representa no solo un desafío, sino que es una necesidad imperativa para el personal de salud, las instituciones y el sistema de salud en conjunto. Esta es una de las maneras más evidentes en que se agrega valor a la atención de salud.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porter M, Kaplan R.: *How to Solve the Cost Crisis in Health Care*. *Harv Bus Rev Sep*;89(9):46-56.
2. *Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, Estándares y recomendaciones*. Ministerio de Sanidad y Consumo España. 2008. Visitado Marzo 2012 www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf falta agregar la fecha de visita, cuando la información es de una página de internet.
3. *Day surgery Revised Edition 2005*. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. www.aagbi.org/sites/default/files/Day.pdf falta agregar la fecha de visita, cuando la información es de una página de internet. Visitado abril 2015.
4. The American Society of Anesthesiologists. *Guidelines for ambulatory anesthesia and surgery, 2008* [www.asahq.org/quality-and-practice-management/standards-and-](http://www.asahq.org/quality-and-practice-management/standards-and-guidelines)
guidelines falta agregar la fecha de visita, cuando la información es de una página de internet. Visitado enero 2011.
5. Ferrer Valls J.V. (coord.). *Guía de Actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2002.: 40-45.
6. White PF, Recart A. : *Ambulatory (Outpatient) Anesthesia en Miller's Anesthesia, 6th ed*. Copyright © 2005 Churchill Livingstone, (Elsevier) Chapter 68 : 2612-2616.
7. Toftgaard C. *World wide day surgery activity 2003*. The IAAS survey on ambulatory surgery. London: IAAS.
8. Aquiles B et al.: *Cirugía mayor Ambulatoria en el Hospital Santiago Oriente. Experiencia de tres años*. *Revista de Obstetricia Ginecología. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*. 2012. - 3: Vol. 7- 137-147.

9. Patillo J et al.: *Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: una experiencia factible en hospital público chileno / Revista Médica de Chile.* 2004. - Vol. 132 - p. 429-436.
10. Joshi GP *Efficiency in ambulatory surgery center. Current Opinion in Anaesthesiology* 2008, 21:695-698.
11. Castoro C. *Policy Brief Day Surgery: Making it Happen.* IAASS, 2007 www.euro.who.int/document/e90295. Visitado Nov 2016 falta agregar la fecha de visita, cuando la información es de una página de internet.
12. Shnaider I, Chung F. *Outcomes in day surgery. Curr Opin Anaesthesiol.* 2006 Dec;19(6):622-9.
13. Letts M1, Davidson D et al: *Analysis of the efficacy of pediatric day surgery. Can J Surg.* 2001 Jun;44(3):193-8.
14. Warner MA, Shields SE, Chute CG. *Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. JAMA* 1993;270:1437-41.
15. *International Association for Ambulatory Surgery IAAS. Guidelines* www.iaas-med.com/index.php/useful-guidance-visitado Abril 2016 falta agregar la fecha de visita, cuando la información es de una página de internet.
16. Pregler J, Kapur P. *The development of ambulatory anesthesia and future challenges Anesthesiology Clinics of North America Volume 21 • Number 2 • June 2003* 207-28.
17. Jarrett P, Staniszewski A. *The development of ambulatory surgery and future challenges. In: Lemos P, Jarrett PEM, Philip B (eds). Day surgery - development and practice. London: International Association for Ambulatory Surgery* 2006: 89-124.
18. Mezei G, Chung F. *Return hospital visits and hospital readmissions after ambulatory surgery. Ann Surg* 230: 721-727. 1999.
19. Lermite J, Chung F. *Patient selection in ambulatory surgery. Curr Opin Anaesthesiol.* 2005 Dec;18(6):598-602.
20. R. García-Aguado *El camino hacia la normalización de la anestesia ambulatoria Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2003; 50: 433-438.
21. Lemos P, Regalado A. *Patient outcomes and clinical indicators for ambulatory surgery. In: Lemos P, Jarrett PEM, Philip B (eds). Day surgery - development and practice. London: International Association for Ambulatory Surgery* 2006: 257-280.
22. Sierra E. *Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro. Cir Esp* 2001; 69:337-339.
23. Li S, Coloma M, White PF, et. al. *Comparison of the costs and recovery profiles of three anesthetic techniques for ambulatory anorectal surgery. Anesthesiology.* 2000 Nov;93(5):1225-30.
24. Song D, Greilich NB, White PF, et al. *Recovery profiles and costs of anesthesia for outpatient unilateral inguinal herniorrhaphy.. Anesth Analg.* 2000 Oct;91(4):876-81.
25. *Guidance on the provision of anaesthetic services for Day Surgery. RCoA, London* 2016. Visitado mayo 2017. www.rcoa.ac.uk/document-store/guidance-the-provision-of-anaesthesia-services-day-surgery-2016
26. *Development of the Health Resources Administration USA. Comparative evaluation of costs, quality and system effects of ambulatory surgery performed in alternative settings. Final report submitted to Bureau of Health Planning and Resources,* 1997.
27. A. González, N. De la Fuente, E. Del Río, et al. *Cómo planificar, diseñar y organizar un centro de cirugía ambulatoria” Chil Cir.* 2016; 68 (4) : 328-332.
28. Merril D. : *Management of outcomes in the ambulatory surgery center: the role of standard work and evidence-based medicine. Curr Opin Anaesthesiol.* 2008 Dec;21:743-7.
29. Vila H. *Surgery in the ASC or office - is there any difference? Park Ridge, IL: Society for Ambulatory Anesthesia.* 2004.
30. Linares Gil M. et al : *El Anestesiólogo como Gestor de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Cir. May. Amb.* 2005, Vol. 10 : 123-130.
31. Van Vlymen JM, White PF. *Fast-track concept for ambulatory anesthesia. Curr Opin Anaesthesiol.* 1998 Dec;11:607-13.
32. White PF *Criteria for fast-tracking outpatients after ambulatory surgery. J Clin Anesth.* 1999 Feb;11:78-9.
33. *Asociación Española Cirugía Mayor Ambulatoria: Guía de Cuidados: www.asecma.org/Documentos/Blog/LIB_I_6_C_1.PDF.* Visitado marzo 2016
34. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/6666/articles-14624_recurso_2.pdf Visitado junio 2017.
35. Qadir N, Smith I: *Day surgery: how far can we go and are there still any limits? Curr Opin Anaesthesiol* 20: 2007 Lippincott Williams & Wilkins.
36. Herrera FJ, Wong J. *Systematic review of postoperative recovery outcomes measurements after ambulatory surgery. Anesth Analg.* 2007 Jul;105:63-9. Review.
37. *Accreditation Handbook for Ambulatory Health Care: www.aaahc.org* 2017.