



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 8 • Março 2009

Cirurgia mayor ambulatoria ¿hacia donde vamos?

Fernando Docobo Durantez EBSQ, FACS

Presidente Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria

Durante los últimos años, se han producido cambios importantes en la práctica clínica y que afectan a la esencia de la organización asistencial y a la relación médico-paciente. La Cirugía no podía permanecer ajena a los nuevos retos sociales ni a los cambios filosóficos en el planteamiento de los objetivos sanitarios, por lo que se ha visto obligada en los últimos años a modificar no solo su táctica, sino también su estrategia para poder satisfacer las demandas de la sociedad actual.

La Cirugía Mayor Ambulatoria tiene en la actualidad un lugar destacado entre las estrategias de modificación de la provisión de los servicios sanitarios de la mayor parte de los países desarrollados.

Su expansión no debe pasar desapercibida, puesto que en los últimos años diversos avances científicos (analgésicos más selectivos, técnicas quirúrgicas menos agresivas, etc.) han contribuido a ello, aumentando la demanda por parte de los usuarios y la obtención de unos resultados cada vez de mayor calidad.

De esta forma surge la necesidad de una estrecha colaboración entre la asistencia de primer nivel y el nivel hospitalario, representado por los servicios quirúrgicos para que de ella, surjan los mejores resultados para el paciente.

Uno de los problemas en los que la eficiencia de los servicios de Cirugía es el control de la espera operatoria, en la que toman parte numerosos factores como son:

Una asistencia primaria deficiente, tramites burocráticos lentos, falta de camas hospitalarias, largos

tiempos de espera anestésica, infrautilización de los quirófanos, incremento del precio de la relación cama / día, etc.

Para buscar soluciones a estos problemas se puede actuar a nivel de asistencia primaria del área sanitaria con programas conjuntos para facilitar la correcta orientación de los pacientes y la simplificación de los trámites burocráticos.

Por otra parte, la falta de camas quirúrgicas hospitalarias conlleva a considerar la práctica de cirugía mayor de forma ambulatoria en aquellos pacientes que requieren pocos cuidados hospitalarios y disminuir el coste asistencial al no existir ingreso, pero manteniendo la calidad del tratamiento requerido.

El crecimiento y expansión de la cirugía mayor ambulatoria ha sido derivado por tres hechos:

- Se ha convertido en un procedimiento quirúrgico totalmente aceptado.
- Representa, un fenómeno en el que todos los que participan tienen beneficio.

Los pacientes lo prefieren sobre la hospitalización puesto que la consideran más conveniente, más rápida, menos complicada y con escasa implicación en su estilo de vida. Estos beneficios personales son mucho más importantes para los pacientes que el ahorro económico del que ellos mismos pueden que nunca se den cuenta.

Los cirujanos prefieren esta forma de trabajo porque es más directa, simple y adecuada, con una relación más personalizada con el paciente. Este método de trabajo ahorra tiempo al cirujano, que pueden



dedicar a pacientes más graves con mayor dependencia. Las instalaciones bien hospitalarias o autónomas, brindan a satisfacción para el tipo de cirugía para el que fueron diseñadas. Los hospitales que tratan de ser innovadores y en constante búsqueda para una utilización más funcional de sus camas y espacios, pueden encontrar así una forma de aumentar su cirugía ambulatoria.

Los financiadores del sistema también encuentran beneficiados por la anulación de los costes derivados del ingreso del paciente sin disminuir la calidad del tratamiento recibido.

– La cirugía mayor ambulatoria tiene una buena relación coste-efectividad.

Existen experiencias y evidencias científicas que demuestran que la CMA es una alternativa válida a la hospitalización convencional, que tiene la capacidad de ahorrar estancias y camas y, por tanto, aumentar la efectividad del hospital, ya que los recursos ahorrados se pueden destinar a otros pacientes y a la demanda previa no atendida, lo que repercute en el coste-efectividad de los procesos y en la reducción de la lista de espera, disminuye la incidencia de infección nosocomial, modifica poco la vida de los pacientes y permite una rápida reincorporación a las actividades cotidianas.

Actualmente en España y debido al desarrollo de los últimos años existe una amplia implantación de la Cirugía Mayor Ambulatoria cifrada globalmente alrededor del 40%, coexistiendo unidades de diferentes características generalmente integradas o satélites de carácter multidisciplinar.

Pero a pesar de estas evidencias y de las grandes posibilidades de futuro para el desarrollo de la CMA existen actualmente barreras que dificultan su desarrollo. Por una parte la transferencia de las competencias sanitarias a cada autonomía dificulta obtener datos de todo el territorio y por otra cada autonomía no aplica el mismo modelo a la hora de recogida de datos.

En general se tiene la sensación de haber alcanzado los objetivos administrativos propuestos y no se favorecen estrategias que puedan cambiar las inercias clínicas actuales.

La CMA debería ser considerada una de las mejores soluciones para incrementar la eficiencia del sistema de salud. Sin embargo, tanto su puesta en marcha como su desarrollo ha sido muy irregular en todo el territorio español. Las comunidades con mayor desarrollo de CMA son Cataluña, Andalucía, el País Vasco y la Comunidad Valenciana, siendo relativamente inferior en el resto. Las causas que dificultan su implantación son múltiples e intervienen de forma compartida el propio usuario y su familia, los profesionales sanitarios y las instituciones financiadoras.

Los usuarios y sus familiares por su falta de percepción de que la financiación sanitaria está siendo soportada por ellos a través de los presupuestos del Estado, más bien el usuario tiene la percepción de haber pagado durante años a compañías o las cotizaciones a la Seguridad Social, sintiéndose en el derecho a utilizar el hospital por el tiempo que considere oportuno. Los bajos niveles socioeconómicos y unas condiciones de hábitat inadecuadas dificultan su desarrollo. La necesidad de retornar en el momento adecuado al trabajo es percibida de forma diferente dependiendo del régimen laboral, y es conocida la diferencia entre los trabajadores por cuenta ajena y los autónomos.

Profesionales sanitarios que podrían rechazar la CMA tanto por considerar la cirugía con hospitalización más segura y mejor que la ambulatoria, como por no creer recomendable realizarla si no se dispone de unidades bien diseñadas y organizadas. Así mismo el temor ante un posible mayor riesgo de reclamaciones administrativas y demandas jurídicas por mala praxis.

Por otra parte aún existe una falta de implicación del clínico en la gestión y en la cultura de evaluación de resultados así como una dificultad para cohesionar profesionales sanitarios con habilidades técnicas diferentes y especialidades distintas.

La financiación del sistema es otro de los puntos clave para promover el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria, en España solo se alcanzó este aspecto en el año 1999 cuando se estableció la financiación por proceso, recibiendo el centro hospitalario la misma cantidad si la intervención se realizaba con ingreso o sin ingreso.



También para la puesta en marcha de unidades de cirugía mayor ambulatoria de carácter satélite que pueden suponer un coste adicional en el presupuesto hospitalario y que algunos gestores pueden no estar dispuestos a asumir.

¿Cómo seguir avanzando en el desarrollo de la Cirugía mayor ambulatoria?

Toda la estrategia debe orientarse hacia el paciente una vez conocidas sus expectativas.

Se deben tomar de decisiones compartidas entre clínicos de los diferentes niveles asistenciales y con el apoyo de las instituciones sanitarias. En muchos casos precisará una reordenación funcional de las unidades y servicios quirúrgicos orientados hacia la ambulatorización que puede conllevar en ocasiones la necesidad de adecuar las estructuras de los centros hospitalarios o incluso la creación de nuevas instalaciones.

Desde el punto de vista funcional se debe actuar tanto a nivel gerencial potenciando la gestión clínica favoreciendo los circuitos de ambulatorización, tales como la incorporación de nuevas especialidades quirúrgicas, de nuevos procesos en contrato de programación anual del centro y la incorporación de nuevas técnicas menos invasivas para el abordaje de nuevos procedimientos quirúrgicos, como en la propia dimensión clínica en cuanto a la reducción de la variabilidad en la práctica ajustando su desarrollo a la aplicación de protocolos y guías clínicas.

Por otra parte los procesos quirúrgicos tal como actualmente son considerados admiten cambios estratégicos en su diseño, facilitando la resolución de las patologías tributarias con seguridad y eficacia, lo que precisaría una verdadera reingeniería de los procesos dimensionando los flujos asistenciales tales como modificar los criterios de inclusión de pacientes en CMA y la dimensión económica en el sentido de potenciar y recompensar claramente la eficiencia en la resolución de los problemas clínicos. Así es la posibilidad de crear centros específicos orientados a la CMA como serían centros de alta resolución, la directa implicación de la atención primaria en el seguimiento de pacientes intervenidos por CMA y el desarrollo y avance en los cuidados de enfermería.

Las unidades de cirugía mayor ambulatoria se regirán por los conocidos criterios de calidad que implican entre otras las tasas de morbilidad, tasa de ingresos, tasa de reingreso y satisfacción percibida por el usuario. Siendo también aconsejable que la acreditación de la Unidad por algún organismo oficial.

Uno de los puntos clave para el futuro es la formación específica en CMA. Los cambios en los circuitos asistenciales en cuanto a los flujos de enfermos obligan a que los estudiantes de pregrado acudan a las unidades para implicarse en el diagnóstico, indicaciones quirúrgicas y seguimiento postoperatorio de los resultados. Debe figurar en el programa teórico o en el teórico-práctico en cualquiera de los cursos académicos.

Los médicos residentes de cada especialidad implicada deben tener una participación directa en las unidades pues de otra forma no tendrán acceso a gran parte de la patología quirúrgica que actualmente se trata en este tipo de circuitos asistenciales.

Es también evidente que un gran porcentaje de todas las intervenciones pueden ser efectuadas de forma ambulatoria, de hecho las predicciones en los Estados Unidos señalan, que se realizarán bajo estos parámetros más del 70 % de los procedimientos quirúrgicos.

Las Sociedades científicas quirúrgicas deben contribuir a garantizar el desarrollo de la CMA. Mientras tanto, debemos de alcanzar paulatinamente los objetivos propuestos, siendo de gran importancia que quien ahora participe en este tipo de tratamiento, o los que los planeen hacer en un futuro próximo, deben ser conocedores de ello y planearlo para aquel día.

Se debe recordar, que el primer objetivo de la cirugía mayor ambulatoria es en cualquier circunstancia el bienestar del paciente. Para lo cual el personal debe controlar como máximas prioridades, la salud, la seguridad, el confort y la conveniencia del paciente, además de proporcionarle una calidad de tratamiento excelente.

Los médicos, y el cirujano como tal, no tienen otro mandato mayor que servir de defensor y protector del paciente. Según la cirugía mayor ambulatoria se hace



más competitiva y regulada en los próximos años, estos individuos, grupos, e instalaciones que permanezcan leales a esta dedicación, tendrán éxito.

El presente siglo proporcionará grandes novedades y aquellos cirujanos que previamente hayan adquirido

experiencia en estos cambios terapéuticos, partirán con gran ventaja para poder asumirlos. Aquellos que han optado por servir a sus pacientes, proporcionándoles un tratamiento adecuado y de calidad, no deben temer a los cambios previsibles en el futuro.

