

## Dirección

### Junta Directiva de ASECCMA

Jefe de Redacción <b>Servando López Álvarez</b> Complejo Hospitalario Universitario A Coruña e-mail: servando.alais@gmail.com	Secretario de Redacción <b>Filadelfo Bustos Molina</b> Complejo Hospitalario de Toledo e-mail: fbustos@sescam.jccm.es
--	--

## Comité de Redacción

Área de Anestesiología y Terapéutica del Dolor Matilde Zaballos García Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid	Área de Enfermería Carmen Cereijo Garea Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Ana López Gutiérrez Hospital Clinic. Barcelona	Montserrat Santa-Olalla Bergua Hospital de Viladecans. Barcelona
Área de Especialidades Quirúrgicas Alfredo Jiménez Bernardó Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza	Área de Calidad y Gestión Jesús Martín Fernández Hospital General de Ciudad Real
Pilar Hernández Granados Hospital de Alcorcón. Madrid	Pilar Argente Navarro Hospital Universitario la Fe. Valencia

## Comité Editorial

Candy Semerano Hospital Vall d'Hebron. Barcelona	Miguel Vicente Sánchez Hernández Hospital Clínico. Salamanca
Juan Carlos de la Pinta Fundación Jiménez Díaz. Madrid	María Isabel García Vega Fundación Jiménez Díaz. Madrid
Manuel Romero Simó Hospital General de Alicante	Miguel Prats Maeso Hospital de Mataró. Barcelona
Antonio Martín Duce Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares	Magi Raich Brufau Hospital Vall d'Hebron. Barcelona
Fernando Gilsanz Hospital la Paz. Madrid	Mª Cruz Isar Santamaría Complejo Hospitalario de Toledo
Ana María Laza Alonso Complejo Hospitalario de Toledo	Juan Viñoles Pérez Hospital Pesset. Valencia

## Junta Directiva de ASECMA

Presidente  
Miquel Prats Maeso

Secretario  
Luis Hidalgo Grau

Tesorero  
Miguel Vicente Sánchez Hernández

Vocal de Anestesia  
María Isabel García Vega

Vocal de Cirugía  
Manuel Planells Roig

Vocal de Enfermería  
Carmen Cereijo Garea

Vocal de Gestión  
Óscar Colomer

Vocal de Calidad  
Matilde Zaballos García

Vocal de Formación  
Magi Raich Brufau

Presidente del Congreso 2013  
Francisco Barreiro Morandeira

Presidente del Comité Científico  
Fernando Docobo

Jefe de Redacción de CMA  
Servando López Álvarez

## IAAS

International Association for Ambulatory Surgery

ASECMA forma parte de la IAAS (International Association for Ambulatory Surgery).  
Se puede consultar todas las sociedades pertenecientes a la IAAS en la web <http://www.iaas-med.com/>

**EN LA PÁGINA WEB OFICIAL DE ASECMA SE PUEDE CONSULTAR EL CONTENIDO DE LA REVISTA  
NORMAS DE PUBLICACIÓN DISPONIBLES EN LA WEB OFICIAL DE ASECMA**

© Copyright 2013. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del copyright. La editorial declina toda responsabilidad sobre el contenido de los artículos que aparezcan en esta publicación.

Publicación trimestral más suplementos

Tarifa suscripción anual: Mir y Estudiantes: 48 €; Médicos: 65 €; Organismos y Empresas: 110 €; Países zona euro: 269 €; Resto de países: 383 € (IVA incluido)

Incluida en Directorio LATINDEX, Índice Médico Español (IME) e Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS)

SopORTE válido SV 98-R-CM. ISSN 1137-0882. Depósito legal: TO-1436-1996.

© INSPIRA NETWORK. Tel. +34 607 82 53 44 / Fax. +91 547 05 70 C/ Irún, 21. 28008 Madrid. [manuel.santiago@inspiranetwork.com](mailto:manuel.santiago@inspiranetwork.com)

Edita: Inspira Network

Imprime: Diseño y Control Gráfico

SUMARIO / SUMMARY

ENERO-MARZO / JANUARY-MARCH 2013  
VOL. 18 N.º 1

Editorial

- **Crisis sanitaria y cirugía mayor ambulatoria / Health crisis and day surgery**  
J. M. Capitán Vallvey 1

Artículos originales

- **Abordaje ecoguiado de las ramas cutáneas de los nervios intercostales a nivel de la línea media axilar para cirugía no reconstructiva de mama / A new ultrasound-guided cutaneous intercostal branches nerves blocked for analgesia after no reconstrutive breast surgery**  
M. Fajardo Pérez, S. López Álvarez, P. Diéguez García, P. Alfaro de la Torre, F. J. García Miguel 5
- **Bloqueo transversal abdominal ecoguiado vs. infiltración de herida quirúrgica en cirugía ambulatoria de hernia inguinal / Transversus abdominis plane block ultrasound-guided vs. surgical wound infiltration in outpatient inguinal hernia repair**  
J. M. López González, B. M. Jiménez Gómez, I. Areán González, L. Padín Barreiro, G. Illodo Miramontes, P. Diéguez García 9
- **CMA y financiación: una perspectiva internacional / Financing Day Surgery – an international perspective**  
P. Lemos 15

Formación continuada

- **La simulación clínica como herramienta de aprendizaje / Simulation based-training in Medicine: a teaching tool**  
M. López Sánchez, L. Ramos López, O. Pato López, S. López Álvarez 27
- **Bloqueo pudendo ecoguiado / Ultrasound Guided Pudendal Block**  
T. Parras, R. Blanco 33

Caso clínico

- **Edema agudo de pulmón postobstructivo en colecistectomía laparoscópica / Acute pulmonary edema in laparoscopic cholecystectomy**  
A. Cardona Rodríguez, P. Diéguez García, A. Velo García, S. López Álvarez, A. Pensado Castiñeiras 39

- Boletín informativo ASECMA 43



## EDITORIAL

## Crisis sanitaria y cirugía mayor ambulatoria

### Health crisis and day surgery

J. M. Capitán Vallvey

*Jefe de Servicio de CMA. Director de la UGC de CMA. Complejo Hospitalario de Jaén*

Autor para correspondencia: jcapitanv@gmail.com

Nuestro sistema sanitario es uno de los mejor valorados, ocupando uno de los primeros puestos a nivel mundial en cuanto a diversos indicadores clave, tales como la expectativa de vida y la tasa de mortalidad infantil. El Sistema Nacional de Salud, entendido desde la promulgación de la Ley General de Sanidad (1986) como el conjunto de los servicios prestados por las comunidades autónomas convenientemente coordinados y los prestados por la administración del estado, se ha sustentado en los principios de universalidad en el acceso, gestión descentralizada, equidad en el acceso a los servicios sanitarios, financiación pública y cobertura gratuita, y participación social.

La grave crisis económica actual no hace prever precisamente un escenario sanitario futuro con mayores recursos, sino todo lo contrario. Nuestro gasto sanitario ha crecido sistemáticamente año tras año, al igual que en el resto de los países de nuestro entorno por encima del PIB, suponiendo el segundo capítulo presupuestario por debajo de las pensiones (9,6 % del PIB en 2009). El *Informe de Competitividad Global 2012-2013* del *World Economic Forum* (1) nos confirma que, inmersos en la crisis económica global, mientras los países del norte de Europa han sabido consolidar sus fortalezas competitivas a pesar de la crisis financiera arrastrada desde 2008, nuestro país, y otros del sur de Europa, siguen sufriendo importantes debilidades competitivas en términos, entre otros, de importantes desequilibrios macroeconómicos y dificultades de acceso a la financiación. De hecho, ya para 2012 los presupuestos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad disminuyeron un 13,7 % respecto al año anterior.

Ante esta realidad en la que estamos inmersos, configurada por los recortes presupuestarios y la reducción de costes, que entendemos inevitables pero que *per se* y como única alternativa pueden conducir solo a una merma en la calidad asistencial, nuestro sistema sanitario debe apostar firmemente por aumentar su eficiencia, lo que en definitiva

significa hacer más con menos. En este contexto la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) juega un papel trascendente en la garantía que nuestro sistema sanitario debe mantener respecto a la asistencia quirúrgica. No obstante estamos aún muy lejos de que el sistema obtenga los máximos beneficios que la CMA puede aportar, pese a que se ha realizado una importante promoción, aunque desigual en las diversas comunidades autónomas, de la cirugía ambulatoria y ello es especialmente evidente si consideramos las inversiones realizadas en la reestructuración de las áreas quirúrgicas para adaptarlas a las necesidades de dicha cirugía y en la construcción de unidades específicas, e incluso en el desarrollo de la CMA a nivel extrahospitalario. La considerable mejora de las infraestructuras ha posibilitado que hayamos pasado de realizar la cirugía ambulatoria en las instalaciones ya existentes en los hospitales, a veces utilizando recursos estructurales obsoletos o infrautilizados, a desarrollarla en unidades específicas dotadas con moderna tecnología orientada hacia el empleo de técnicas de mínima invasión. Por otro lado, lo que constituyó en los comienzos de la CMA un sistema basado en el voluntarismo de grupos reducidos de especialistas quirúrgicos, que han sido nuestros referentes a nivel nacional, en pocos años ha ido consolidando una realidad ampliamente aceptada por numerosos profesionales intra y extrahospitalarios y por el propio sistema sanitario.

Defendemos a la CMA como paradigma de calidad y eficiencia asistencial, pero debemos seguir reflexionando y trabajando sobre la calidad que ofertamos y la que percibe el paciente, en especial en los momentos actuales en los que su capacidad de decisión es casi absoluta y además está promovida por las instituciones. La aplicación de los principios de calidad total a las unidades de CMA nos permitirá fomentar la mejora continua y aumentar la eficiencia del sistema mediante la reducción de la variabilidad clínica no justificada. Debemos insistir en nuestras unidades en la aplicación permanente de criterios de calidad y, de un modo especial, en la adecuada selección y programación

de pacientes, la idoneidad del proceso quirúrgico y anestésico, la idoneidad de los resultados inmediatos y tardíos y la incidencia mínima de complicaciones. Sin lugar a dudas los indicadores de calidad deben estar definidos en todas las unidades y entre ellos se debe monitorizar la tasa de suspensiones, la tasa de consentimientos informados, la aplicación de profilaxis antibiótica y tromboembólica, la adecuación de los informes de alta, la tasa de ingresos no esperados y complicaciones, la tasa de reintervenciones inmediatas y tardías, la tasa de frecuentación de urgencias y reingresos, el porcentaje de recidivas, la tasa de reclamaciones y el índice de sustitución por procedimientos.

Algunos modelos organizativos apuestan por centrar sus esfuerzos en la eliminación de actividades innecesarias, el despilfarro y el consumo innecesario de recursos en cada una de las fases del proceso asistencial. En este sentido la aplicación del modelo *Lean Healthcare*, cuya filosofía es la mejora continua en los procesos y resultados asistenciales mediante la búsqueda continua de actividades y actuaciones que consumen recursos pero que no añaden valor, con la finalidad de reducirlas o evitarlas, ha demostrado su efectividad en la reducción de costes, en el aumento de la productividad y en el desarrollo del ciclo completo del proceso asistencial con las mínimas disrupciones en las expectativas del paciente. El consumo innecesario de estancias para la resolución de procesos quirúrgicos ambulatorios hoy no es defendible.

Somos conscientes de que la toma de decisiones trascendentes en materia sanitaria puede ser difícil, en especial cuando estas suponen la modificación de estructuras, normas y circuitos consolidados por el hábito, a veces mantenidos por una gestión obsoleta y, por qué no decirlo, sustentados en muchas ocasiones por intereses particulares o localistas en los que no prima precisamente la *sostenibilidad del conjunto de nuestro sistema sanitario*. Pero bajo el prisma de evitar lo ineficiente o lo superfluo, la situación económica actual debe propiciar sin lugar a dudas que nuestro sistema sanitario evite sin recelos el consumo innecesario de recursos y potencie de modo fehaciente las opciones terapéuticas más eficientes, y esto significa desarrollar con todas sus capacidades la CMA, de modo que aquellas patologías cuya resolución ambulatoria está avalada por la experiencia y la evidencia, se realicen efectivamente en régimen ambulatorio y no bajo la gestión de cirugía con ingreso. Abundando en esta afirmación, considero que actualmente los responsables de las diversas unidades asistenciales y los gestores deberían pedir explicaciones, por ejemplo, de por qué una hernia inguinal se opera con ingreso pudiendo hacerse en régimen de CMA. Porque hoy, por motivos de eficiencia, eficacia, beneficios para el paciente y reducción de costes, la alternativa no es la CMA sino la cirugía con ingreso. Debemos recordar que los últimos datos oficiales del Ministerio de Sanidad (2) estiman que la tasa global de ambulatorización no supera el 40 %, cuando en realidad más del 70 % (hasta el 90 % en algunas especialidades) de los procedimientos podrían realizarse en régimen de CMA.

Diversas publicaciones avalan la reducción de costes por proceso que conlleva la cirugía ambulatoria. El *Manual*

*de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria* editado por el Ministerio de Sanidad (3) ya nos indicó en 2008 que la reducción de costes por proceso oscila entre un 25 y un 68 %. Otras publicaciones confirman esta reducción en hernia inguinal (4), colecistectomía laparoscópica (5), proctología (4) y otros procesos (6). Parece claro que el coste por proceso es menor en cirugía ambulatoria y si esto es así, hoy más que nunca se hace prioritario que las instituciones, el Ministerio de Sanidad y las diversas Consejerías de Salud promuevan de modo decidido la consolidación de infraestructuras, circuitos y sistemas organizativos que garanticen el máximo desarrollo de la CMA. Iniciativas como la del Ministerio de Sanidad de Portugal, que en 2007 constituyó la Comisión Nacional para el Desarrollo de la Cirugía Ambulatoria (CNADCA), mediante el Decreto 25832/2007, y ordenanzas posteriores, todas ellas encaminadas al desarrollo y promoción de la cirugía ambulatoria, constituyen un ejemplo a seguir de implicación institucional al máximo nivel.

Por otro lado creemos que no nos debe bastar con la consolidación de estructuras y proceso en cirugía ambulatoria; es prioritario hablar de resultados, es decir, trabajar sobre criterios de calidad y de eficiencia y de acreditación de unidades. En este sentido, considero que todos los actores que participamos directa o indirectamente en la CMA (gestores, personal de CMA, personal de cirugía con ingreso, servicios clínicos, enfermería, etc.) debemos unificar criterios y conceptos al hablar de CMA. La calidad asistencial en cirugía ambulatoria no depende tanto de la estructura como de la exhaustiva organización de la atención y de los resultados que obtenemos; estructura, proceso y resultados deben ser los tres elementos con los que valoremos la calidad asistencial de lo que estamos haciendo. Sería un error conceptuar la CMA solo como un sistema que nos permite operar muchos enfermos; debemos considerarlo como un sistema tan bien organizado y en el que realizamos todas las fases del proceso con tal calidad que el paciente puede irse a su casa a las pocas horas con total seguridad. Si además podemos operar muchos enfermos con estas condiciones, mejor.

Pero la crisis actual no es solo económica. Las condiciones del personal que trabaja en las unidades de CMA constituyen un elemento trascendental para su óptimo funcionamiento. Si ya en tiempos de bonanza económica insistíamos en la necesidad de reconocimiento institucional y social hacia el personal que trabaja en las unidades de cirugía ambulatoria, la actual crisis económica y sus consecuencias (recortes de salarios, disminución de contratos temporales, disminución de plantillas, aumento de jornada laboral, incertidumbre laboral, etc.) han incidido directamente en aspectos como la motivación, la dedicación y el compromiso de los profesionales que trabajan en CMA. Se hace necesario más que nunca luchar contra un clima laboral tendente al desánimo generalizado porque es contagioso y repercutirá en los resultados de las unidades y, por tanto, en nuestros pacientes. La valoración y el reconocimiento del trabajo en cada profesional, el sentimiento de pertenencia al grupo, la promoción profesional

y la corresponsabilidad en los resultados son elementos incentivadores y generadores de un buen clima laboral y, sin duda, su logro constituye uno de los objetivos prioritarios de un liderazgo efectivo.

La necesaria autonomía en la gestión de las unidades, tantas veces predicada y tan escasamente potenciada (¿permitida?), puede ser un elemento incentivador que posibilite el desarrollo de competencias que generen entusiasmo, creatividad e innovación, y que potencie el desarrollo de las capacidades de los miembros del equipo. La incorporación de patologías más complejas en las carteras de servicios de las unidades y la aplicación de criterios de selección de pacientes menos restrictivos también contribuirá a la satisfacción profesional del personal.

Además debemos pensar que si el desarrollo de la CMA se considera como un objetivo estratégico del sistema, a nivel institucional se debe empezar a valorar quién debe trabajar, y quién no, en las Unidades de CMA y, por tanto, qué conocimientos, habilidades y actitudes deben reunir los profesionales dedicados a la cirugía ambulatoria, pues de este mapa de competencias dependerá el éxito o el fracaso de una correcta actividad. Debemos seguir insistiendo en un aspecto determinante: quien trabaja en cirugía ambulatoria debe “creer” en ella, y esto es así porque aspectos como la voluntariedad, el compromiso y la dedicación del personal que trabaja en las unidades de CMA constituyen pilares de su correcto funcionamiento, pero estas condiciones no siempre se dan. Con estas cualidades se seleccionarán bien los pacientes, se adecuarán las técnicas quirúrgicas, anestésicas y de enfermería

para una eficaz y rápida recuperación postoperatoria y se mantendrán los parámetros de calidad a lo largo de todo el proceso asistencial. Sin ellas ocurrirá lo contrario.

La crisis sanitaria actual y su trascendencia en lo económico y en lo no económico debe hacer volver la mirada de los responsables sanitarios hacia fórmulas de gestión que disminuyan los costes por proceso y favorezcan la motivación de los profesionales, y tal sentido, la apuesta por el máximo desarrollo de la CMA es incuestionable y, sin duda, constituye la mejor estrategia asistencial con visión de futuro en los pacientes quirúrgicos.

## BIBLIOGRAFIA

1. [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_NR\\_GCR\\_Global\\_2012-13\\_SP.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_NR_GCR_Global_2012-13_SP.pdf)
2. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2010. [http://msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/SIAE\\_Resultadosprovisionales\\_2010.pdf](http://msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/SIAE_Resultadosprovisionales_2010.pdf).
3. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. NIPO 351-08-088-0.
4. Aguayo JL. Cirugía Mayor Ambulatoria un éxito del sistema. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(5):261-2.
5. Victorzon M. Day-case laparoscopic cholecystectomy. Treatment of choice for selected patients?. *Surg Endosc* 2007;21:70-3.
6. Colomer J, et al. Índices de sustitución en cirugía mayor ambulatoria: medir, contar y comparar. *Gaceta Sanitaria* 2001;15(6):523-6.

