Editorial

Perspectivas de futuro de la CMA

Hablar de perspectivas de futuro de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) no resulta fácil habida cuenta que su implantación en la España de las Autonomías ha sido y está siendo muy dispar. Algo parecido ha ocurrido en el resto del mundo. Estados Unidos, Reino Unido, Australia y Países Escandinavos han liderado su desarrollo pero por el contrario países como Alemania y Francia han tenido una implantación más escasa y también dispar. Países con economías emergentes como China e India o los países del bloque del Este, todavía no se han acogido a los beneficios de la CMA y su presencia es testimonial en los países con economías débiles de África, Asia o América del Sur. Las causas pueden ser la ignorancia de los políticos, la corrupción, el conservadurismo o el proteccionismo de los médicos. No obstante, ningún país, sea cual sea su capacidad económica, será capaz de resistirse a la cirugía de día, porque los beneficios económicos y la calidad de la asistencia necesariamente conducirán a esta forma de hacer cirugía (1,2).

En España los inicios de la CMA tienen lugar a partir de 1988 con las experiencias de Gandía, Denia, Tarragona, Toledo y Viladecans. Este comienzo tiene mucho que ver con la necesidad de reducir el gasto sanitario que crecía de manera ilimitada ante unos recursos disponibles limitados (3). La introducción de la Asistencia Sanitaria Gestionada demostró lo inadecuado de muchas estancias hospitalarias y se propusieron alternativas a la hospitalización tradicional como la CMA. Durante los primeros años, 1988-1995, se fueron creando nuevas unidades, se realizaron los primeros congresos de esta disciplina, se fundó ASECMA (Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria), vimos las primeras comunicaciones referidas a resultados sobre la asistencia prestada en las unidades (4) y, sobre todo, se difundió la primera guía sobre la CMA, editada por el Ministerio de Sanidad en el año 1993, que fue el auténtico motor del desarrollo de la CMA en España (5).

La eclosión de la CMA, 1995-2005, ha estado en relación con circunstancias como las innovaciones tecnológicas (avances anestésicos, sistematización de intervenciones quirúrgicas más frecuentes, mínima invasión), la mejora de los cuidados de enfermería – proceso educativo, el mejor control del dolor postoperatorio, la implicación de la enseñanza (formación de pre y postgrado), la ampliación de la cartera de servicios (pacientes-procedimientos), la eliminación de algunos criterios de exclusión, la elaboración de guías (dolor postoperatorio, prevención de la enfermedad tromboembólica, Atención Primaria), los documentos de consenso sobre definiciones y la difusión de revistas especializadas (1,4). De esta manera se ha pasado de un índice de ambulatorización del 22,6% en 2000 al 33,57% en 2005, en el sector público y del 20,55% al 26,8% en el privado (6). Sin embargo las cifras entre Comunidades Autónomas son dispares, sin que existan razones distintas al impulso dado por políticos, gestores y líderes en hospitales (7).

El presente de la CMA supone un estado de madurez donde los objetivos están puestos, por un lado, en ampliar la cirugía ambulatoria a procedimientos más complejos o que precisan una recuperación mayor (Unidades de Recuperación Prolongada, unidades de 23 horas, originalmente Extended Recovery Units), por otro, en las unidades diagnóstico quirúrgicas que incorporan procedimientos diagnósticos invasivos como pueden ser la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la alcoholización de tumores hepáticos, y otras técnicas de radiología intervencionista o de endoscopia terapéutica y finalmente, en la inclusión

Editorial

de la CMA en los programas de formación de pregrado de Medicina y Enfermería y en los programas de formación de residentes quirúrgicos y anestesia, con sus rotaciones y número de intervenciones (4,8,9). Sin embargo no debe olvidarse que entre los procedimientos más prevalentes sigue existiendo gran disparidad entre centros, y resulta prioritario conseguir incrementar el índice de sustitución de la cirugía de la catarata, de la hernia, de las varices, artroscopías, a valores próximos a los estándares (9,10). En un momento como el actual con gran volumen de cirugía sin ingreso, con gran número de unidades cuyo funcionamiento es dispar, era necesario acudir a un nuevo documento sobre las CMA en España (4) y ese objetivo se ha cumplido en el 2008 con la elaboración del Manual de Unidad de Cirugía Ambulatoria: Estándares y Recomendaciones, que viene a recoger todos los aspectos del funcionamiento de las unidades de CMA en España, haciendo hincapié en los derechos y garantías de los pacientes, su seguridad, la organización y gestión de las unidades, su estructura física y recursos materiales, los recursos humanos y la calidad asistencial (11).

¿Cuál es el futuro de la CMA? De manera trascendental es necesario proceder a un cambio de filosofía. Cuando se iniciaba la CMA nos preguntábamos qué paciente era susceptible de ser operado en programas de cirugía ambulatoria. Hoy, disponiendo de los listados A y B de procedimientos propios de la cirugía sin ingreso (11), la pregunta se modifica, ¿por qué un determinado paciente que precisa una intervención incluida en estos listados debe operarse con ingreso? (2). Ni que decir tiene, este cambio de mentalidad deberá ser progresivo y más fácil de conseguir en aquellos centros con más alto nivel de ambulatorización. Este cambio de filosofía que presidirá el futuro se deberá acompañar, en nuestra opinión, de las siguientes líneas maestras de actuación:

—*Incorporación de nuevas técnicas quirúrgicas, no olvidando que el objetivo principal es la seguridad del paciente y la mejora continua de la calidad.* No debe incluirse una intervención en CMA a cualquier precio (3). Las unidades de recuperación prolongada y el mejor control del dolor van a permitir que la seguridad se mantenga en procedimientos más complejos y que necesitan una recuperación más difícil, pero creo necesario establecer criterios de sensatez y como cirujano conocedor de la cirugía laparoscópica del colon y de la cirugía bariátrica, no me parecen propias de la CMA algunas intervenciones que como tal se han publicado (12,13). La gravedad de las complicaciones que pueden sufrir estos enfermos, por muy escasas que sean en manos muy expertas no aconsejan esta práctica. Por el contrario sí debe mejorar el índice de sustitución de la colecistectomía laparoscópica, intervención con una enorme prevalencia en nuestros hospitales, de lo cual es un buen ejemplo el artículo que se publica en este mismo número de la revista, de la cirugía antirreflujo laparoscópica, de la lobectomía tiroidea, de los adenomas de paratiroides o de la cirugía conservadora del cáncer de mama (2,9,10). El proceso de mejora continua de la calidad exige un programa que permita gestionar los resultados, habiéndose definido para ello los denominados criterios, indicadores, estándares y monitorización de estándares, que aplicados a la CMA permitirán establecer comparaciones e implementar acciones de mejora (14).

—*Potenciación de la analgesia postoperatoria y la asistencia domiciliaria.* El establecimiento de protocolos de analgesia multimodal ha sido un gran avance para el control del dolor postoperatorio en patologías muy lastradas por el dolor como son los hallux valgus, las hernias de pared abdominal o la cirugía del ano. Pero hemos de ir más allá y hay que generalizar el empleo de bloqueos nerviosos periféricos que permiten, especialmente en cirugía ortopédica, un excelente grado de confort, empleando fármacos diversos y diversas vías de administración (perfusión continua). Asimismo puede potenciarse el empleo de sistemas de analgesia controlada por el paciente mediante bombas de infusión cuyo catéter se dispone intravenoso, subcutáneo, incisional o perineural (14). Todo ello coordinado con un incremento de las unidades de hospitalización domiciliaria (8,14,15) y, donde no las haya, con el apoyo de atención primaria (4,14), lo cual permitirá prestar cuidados postoperatorios más complejos (drenajes, sistemas de analgesia, heridas complejas) o incluir pacientes que de otro modo hubieran requerido cirugía con ingreso.

—*El empleo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).* La telemedicina se plantea como el uso de las TIC con la finalidad de proporcionar cuidados y atención sanitaria a distancia. Siguiendo a Laguillo y Echevarría (16), la Telemedicina se en-

Editorial

frenta a distintas barreras: legales derivadas del entorno para la seguridad de datos y privacidad necesarios, limitaciones tecnológicas, diversidad de plataformas de software, sobrecarga del personal sanitario y posible complejidad para el paciente. En el ámbito quirúrgico la telemedicina convertida en telecirugía abarca el asesoramiento profesional dentro y fuera del quirófano, el seguimiento postoperatorio, la discusión intraoperatoria con asistentes remotos o la telemanipulación mediante robots. En el ámbito de la cirugía ambulatoria las experiencias van dirigidas al seguimiento postoperatorio pudiendo utilizar sistemas de videoconferencia o telefonía móvil con captura de imágenes que se envían a la historia digital del enfermo en la UCMA lo cual permite una evaluación clínica (estado del enfermo, estado de la herida, estado dispositivos de analgesia) (15,16,17). Todo ello deberá permitir reducir las desigualdades entre la población por su dispersión, reducir gastos de desplazamiento, colaborar entre Atención Primaria y Atención Especializada e incrementar la confianza y satisfacción de los pacientes.

—*Consultas de Alta Resolución y Cirugía de Alta Resolución.* Las consultas de alta resolución junto con los programas de ambulatorización son nuevos paradigmas de la asistencia sanitaria actual (18). El objetivo es la realización de la evaluación preoperatoria o la evaluación preoperatoria y la intervención en una única visita hospitalaria. Como demuestran los modelos del Hospital San Carlos de Madrid (19) y del Hospital de Cruces de Bilbao (Centro de alta resolución pediátrica) (20) y otros muchos ejemplos surgidos en Andalucía especialmente, la CMA deberá beneficiarse en el futuro de su implantación. Se mejora claramente la asistencia que se presta al usuario, y la relación entre Asistencia Primaria y Especializada, es aplicable a gran número de pacientes y supone importante rentabilidad para el Sistema de Salud y para el propio bolsillo del usuario. Su implantación genera oportunidades como son el desarrollo de herramientas informáticas y de las comunicaciones entre los centros de atención primaria y el hospital y la creación de equipos de Primaria de alto poder resolutivo. Por el contrario las amenazas externas son la falta de implicación a nivel de Atención Primaria y la no aceptación del cambio por parte de las familias.

—*Desarrollo de nuevas instalaciones.* La tendencia es hacia la transformación de las unidades integradas, las más comunes en España, en *unidades autónomas* que permiten una mayor efectividad y calidad de los cuidados, sin que existan interferencias con la cirugía con ingreso (2). Dichas unidades consiguen su funcionamiento óptimo cuando se asocia la autogestión de las distintas áreas, implicando a los profesionales en la toma de decisiones, en la gestión de los recursos y en la mejora continua (14,18). Las *unidades de recuperación prolongada* deberán crecer en número porque suponen un instrumento excelente para aumentar el espectro de pacientes a incluir en CMA. Se podrán así incluir procedimientos más complejos desde el punto de vista quirúrgico, o que precisan una mayor vigilancia postoperatoria, o pacientes con mayores comorbilidades. No obstante su proliferación no debe reducir los índices de sustitución de los procedimientos más comunes ni aumentar el porcentaje de ingresos no planificados dada la facilidad para que el paciente pernocte en la unidad (9). La transformación de las unidades de CMA en unidades diagnóstico quirúrgicas con la inclusión de procedimientos diagnósticos invasivos está permitiendo aprovechar unas instalaciones disponibles con procedimientos diagnósticos que requieren unas horas de recuperación por su invasividad y que de otra manera darían lugar a ingresos hospitalarios. No obstante, en el futuro caminamos hacia una transformación de la unidad de día, mayoritariamente quirúrgica, en una *unidad médico-quirúrgica* que daría cabida a toda la cirugía ambulatoria y a multitud de pacientes médicos que requieren una transfusión, quimioterapia, control del dolor, radiología invasiva, etc. Estaríamos llegando al auténtico hospital de día que junto con el área de urgencias y el área de hospitalización formarían los tres elementos fundamentales del hospital del futuro (2). Las *unidades móviles*, desarrolladas en el Reino Unido y con experiencia en este país y en Australia podrán servir para reforzar unidades de día en momentos de saturación o llegar a áreas alejadas (2). La flexibilidad de estas unidades junto con su movilidad permite rentabilizar la inversión realizada y pueden suponer un impulso para la CMA en los próximos años. Los *hoteles hospital* o bien *hoteles de pacientes* son comunes en Estados Unidos y Escandinavia (2,18). Su presencia en España es testimonial pero podrían promocionarse en el futuro y permitirían incluir en CMA a pa-

Editorial

cientes con domicilios muy alejados o viviendas inadecuadas, permitiendo una recuperación agradable, en un medio sin personal de enfermería, muy próximo a la unidad de CMA, y que para los financiadores puede resultar coste-efectivo si lo comparamos con el coste si se realiza con ingreso.

—*Promoción de la investigación.* Las unidades de CMA mueven un gran número de pacientes, por lo general en un entorno informatizado y siguiendo protocolos y guías establecidos. Estas tres circunstancias hacen de ellas lugares idóneos para la investigación. Los campos en los que profundizar son múltiples, las diversas formas de gestión, coste-efectividad, utilización de nuevas técnicas quirúrgicas, empleo de nuevos fármacos, control de calidad, prevención de eventos adversos, empleo de tecnología de la información y comunicación. El empleo del método científico y las bases de la medicina basada en la evidencia debería posibilitar el diseño de proyectos ambiciosos multicéntricos que permitieran el avance a todos los niveles.

—*Apuesta por la acreditación de unidades.* Los centros de CMA en Estados Unidos precisan una acreditación por parte de la administración estatal y por Medicare, pero además, de forma voluntaria, muchos centros se someten a las agencias de acreditación existentes: JCHA (Joint Commission of Hospital Accreditation), AAAASF (American Association for the Accreditation of Ambulatory Surgical Facilities) y AAAHC (Accreditation Association for Ambulatory Health Care), entre otras. En Australia es el ACHS (Australian Council on Healthcare Standards) el que realiza esta función. La ISO (International Organization for Standardization) con su organización subsidiaria en España AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación) a través de su norma ISO 9000 e ISO 9001 han certificado multitud de organizaciones en base al cumplimiento de unas normas, estándares o especificaciones, y es aplicable también a organizaciones, centros o servicios sanitarios (21). En nuestro medio ASECMa publicó y validó un manual de estándares de acreditación de unidades de CMA en 2004 a través de un trabajo dirigido por Pilar Rivas Lacarte (22). En este manual se distinguían estándares de las funciones dirigidas al paciente (derechos del paciente y ética de la organización, evaluación y asistencia al paciente, atención continuada), de las funciones de la organización (mejora de la actuación de la organización, seguridad en la práctica y en el entorno, gestión de la organización, liderazgo y gestión de recursos humanos) y estructuras con funciones (órganos de gobierno, dirección, cuadro médico, enfermería). Las experiencias de acreditación de centros y servicios sanitarios en España son muy pocas e incluso hay muy poca legislación vigente para ello. La Fundación Avedis Donabedian ha colaborado con agencias como la Joint Commission para establecer sistemas de evaluación y mejora de la calidad entre los centros y servicios sanitarios. Es seguro que los próximos años el interés por la acreditación irá en aumento por los motivos de superación de los profesionales, por el deseo de mejorar la asistencia que se presta, por un mejor control del gasto dada la escasez de recursos, por la participación de la medicina privada y por el marketing que supone disponer de una acreditación de una de las agencias evaluadoras reconocidas internacionalmente (21).

M. Jiménez Bernadó

*Departamento de Cirugía General y Digestiva. Coordinador UCMA
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza*

BIBLIOGRAFÍA

1. Colomer Mascaró J. La cirugía mayor ambulatoria: un servicio excelente. *Cir May Amb* 1998; 3(4): 237-9.
2. Jarret PEM, Staniszewski A. The development of ambulatory surgery and future challenges. En: *Day Surgery. Development and practice.* Lemos P, Jarrett P, Philip B. Edita: International Association for Ambulatory Surgery. Porto 2006. p. 21-34.

Editorial

3. Rivera Gutierrez J. La cirugía mayor ambulatoria en el tránsito hacia el siglo XXI. *Cir May Amb* 1999; 4(2): 361-2.
4. Bustos Molina F. Pasado, presente y futuro de ASECMA. *Cir May Amb* 2003; 8(4): 193-5.
5. Sevilla Pérez F, Fernández Palomeque C. *Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de organización y funcionamiento*. Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1993.
6. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Indicadores hospitalares. Evolución 2000-2005. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/serie_escri_00_05_es.pdf
7. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (Indicadores hospitalarios) Año 2008. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ES-CRI2008.pdf>
8. Marín Morales J. La cirugía Mayor Ambulatoria en el año 2000. *Cir May Amb* 2000; 5(1): 9-10.
9. Marín Morales J. Presente y futuro de la cirugía mayor ambulatoria en España. En: *Guía de actuación en cirugía mayor ambulatoria*. Ferrer Vals JV. Edita: Generalitat Valenciana. Valencia 2002. Pgs. 15-28.
10. Hernández Granados P. El futuro a corto plazo de la CMA. *Cir May Amb* 2004; 9(3): 9-11.
11. Terol Garcia E y Palanca Sanchez I. *Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones*. Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2008. www.msc.es/organizacion/sns/.../docs/guiaCMA.pdf
12. Gash KJ, Goede AC, Chambers W, Greenslade GL, Dixon AR. Laparoendoscopic single-site surgery is feasible in complex colorectal resections and could enable day case colectomy. *Surg Endosc* 2010 Aug 24. [Epub ahead of print].
13. McCarty TM, Arnold DT, Lamont JP, Fisher TL and Kuhn JA. Optimizing outcomes in bariatric surgery. Outpatient laparoscopic gastric bypass. *Ann Surg* 2005; 242(4): 494-501.
14. López Álvarez S. ¿Hacia donde camina la asistencia ambulatoria? *Cir May Amb* 2004; 9(4): 9-10.
15. Martínez-Ramos C, Cerdán-Carbonero MT, Sanz-López R, Normand Barron J. Sistema de telemedicina mediante telefonía móvil para control postoperatorio en cirugía mayor ambulatoria. Estudio piloto. *Cir May Amb* 2008; 13(2): 67-77.
16. Laguillo Cadenas JL, Echevarría Moreno M. Telemedicina en anestesiología y cirugía mayor ambulatoria: posibilidades y limitaciones. *Cir May Amb* 2009; 14(2): 50-4.
17. Argente Navarro P, Viñoles Pérez J. Telemedicina en cirugía ambulatoria. *Cir May Amb* 2008; 13(2): 53-6.
18. Martínez-Ramos C. Cirugía mayor ambulatoria. Implantación en España. *Perspectivas de futuro*. *Reduca. Serie Medicina* 2009; 1(1): 305-16.
19. Martínez-Ramos C, Sanz R, Cabezón P, Cerdán MT. Consulta de alta resolución en cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb* 2007; 12(3): 111-5.
20. López Álvarez-Buhilla P, Astigarraga Aguirre I, Torres Piedra C, Azcona Zorrilla MI, Olaizola Mendibil A, Latorre Guisasaola M. Diseño e impacto de un proceso de cirugía de alta resolución pediátrica. *Cir May Amb* 2009; 14(2): 67-71.
21. Giner Noguera M. Acreditación de unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. En: *Cirugía mayor ambulatoria. Manual Práctico*. 2ª ed. Porrero JL. Edita: Ediciones Doyma S.A. Madrid 2002. p. 351-73.
22. Rivas Lacarte MP, Gutiérrez Romero R, Jiménez A, Marín J, Rebollar J, Villoria A. Validación del manual de estándares de acreditación de unidades de cirugía mayor ambulatoria con acreditaciones piloto en siete hospitales. *Cir May Amb* 2004; 9(3): 13-8.