

Editorial

La cirugía pediátrica exprés. Un nuevo modelo de unidad de CMA

Nuestro Diccionario de la Real Academia no contiene una entrada registrada con el término “express”, como palabra foránea que es, pero nos remite al término “exprés”. Su concepto está bien arraigado en nuestra sociedad y mucho más en estos tiempos, de tal manera que, en el Diccionario de Espasa Calpe se define esta palabra como un adjetivo, sinónimo de rápido.

Esto es precisamente lo que se describe con mucho acierto en el artículo publicado en nuestra revista por un grupo de expertos en Cirugía Pediátrica y en Unidades de Gestión Clínica y de Calidad del Hospital de Cruces de Barakaldo, con el título de “*Diseño e impacto de un proceso de cirugía de alta resolución pediátrica*”. Los autores describen y demuestran la eficacia de un novedoso modelo de cirugía mayor ambulatoria para nuestro país. Utilizan a un grupo de niños de esta unidad para diseñar un modelo de gestión de los procesos quirúrgico-pediátricos, de una forma más rápida que la del resto de los modelos de CMA que utilizamos en la mayoría de las unidades de nuestro territorio, denominándolo *cirugía de alta resolución*, que no es otra cosa que gestionar estos procesos de forma más rápida que en los modelos tradicionales. Estos autores definen esta modalidad de gestión como la capacidad de esa unidad para realizar la evaluación preoperatoria y la intervención quirúrgica en una única visita hospitalaria, es decir, en el mismo día en el que acuden al hospital. De ese modo puede hablarse entonces de una auténtica cirugía pediátrica exprés. Los autores describen, con gran rigor y riqueza de datos, los fundamentos en los que se basa la metodología para llevar a cabo un proyecto de estas características y, lo que es más esencial todavía, demuestran la eficacia de este modelo de trabajo, no sólo en términos de resolución del proceso patológico y de satisfacción del paciente y su familia, sino también en términos económicos para la institución pública y, por tanto, para la sociedad en general.

El término de *cirugía pediátrica exprés* no debe entenderse con la frivolidad que aparenta esa palabra, sino como un nuevo concepto para gestionar una unidad de CMA. En mi modesta opinión, lo más importante de esta experiencia es, además de lo descrito en las líneas anteriores, que los autores demuestran que esta forma de trabajar es tan eficaz como las demás, es decir, es tan segura y eficaz en la consecución de los objetivos del niño, como en la metodología utilizada en las unidades de CMA tradicionales, como las de mi hospital o la de la mayoría de los centros de nuestro país, en los que existe una Unidad de Cirugía Pediátrica (1). Si la cirugía pediátrica de alta resolución consigue los mismos objetivos que las otras modalidades de CMA, pero de forma más rápida, con menos molestias para el niño y su familia, con mejor satisfacción para los facultativos y con menor gasto económico y de infraestructuras, entonces, parece lógico pensar que este modelo de gestión pueda extrapolarse a la cirugía ambulatoria de otras especialidades.

Editorial

Del análisis pormenorizado del artículo, así como de otras experiencias con modelos de gestión similares realizadas en otros países (2), puede deducirse fácilmente que el concepto anterior de universalizar para todas las especialidades quirúrgicas lo de la cirugía exprés sería completamente lógico, pero no tan fácil de llevarse a cabo. Quizás sería muy larga esa reflexión para desarrollarla en este editorial, ya que habría que tener en cuenta muchos otros factores además de la edad, el proceso quirúrgico o el tipo de paciente, en nuestro caso los niños.

Pero lo que me parece esencial, en la experiencia española aportada por los autores anteriores, es la relevancia de la colaboración entre el centro hospitalario de referencia y la red de Atención Primaria del Área de Salud (3). Es obvio, que sin esa íntima colaboración la investigación del artículo no hubiera podido realizarse y la comunicación original de este grupo desafortunadamente no llegaría a nuestro conocimiento. Es verdaderamente ejemplar el que esa colaboración en el área de salud de los autores haya contado con el apoyo y la motivación de los pediatras de atención primaria, así como del resto de los servicios hospitalarios que intervienen en el proyecto, tales como los de Anestesiología y Análisis Clínicos, además de los de Calidad, Gestión y Enfermería.

A nadie que trabaje en el medio hospitalario español se le escapa lo arduo y difícil que es, a veces, el contar con el compromiso de colaboración de diferentes grupos de profesionales. Desde la experiencia del grupo de autores del País Vasco nos podemos imaginar el enorme esfuerzo, docente y de supervisión, entre los profesionales del hospital y los del Área de Atención Primaria. Estos últimos no sólo eran los responsables de la selección de los pacientes quirúrgicos al inicio del proceso, sino que también protagonizaron la revisión postoperatoria de los niños operados. Este valioso ejemplo debería de ser seguido por todos nosotros, no sólo porque podremos intentar poner en marcha un modelo de alta resolución de atención quirúrgica, sino porque también nos ayudaría a mejorar nuestros resultados en la actividad de hospitalización y, lo que es más importante, permitirá mejorar la satisfacción de todos los trabajadores implicados así como del paciente, en el que debemos de basar todos nuestros esfuerzos.

Esta forma de gestión de procesos quirúrgicos pediátricos deberá ser el reto que tendremos que asumir, no en el futuro sino ya en el presente, de nuestro Sistema Nacional de Salud. Facilitar y mejorar el acceso a ese sistema es una obligación de las instituciones públicas y de los profesionales que desarrollamos nuestra actividad en ese sistema. Establecer en el niño un diagnóstico y un tratamiento adecuado lo antes posible, reducir el número de desplazamientos del niño y su familia al hospital, minimizar las consultas sucesivas para realizar pruebas diagnósticas evitando el absentismo del niño a su medio escolar y el de los padres a su medio laboral, son medidas que mejoran la accesibilidad al Sistema de Salud y reducen la ansiedad y la preocupación que produce al paciente y a su familia, la incertidumbre originada por la demora del proceso diagnóstico, así como del tratamiento (4).

Todas esas medidas en las que se basa la aplicación de un sistema de alta resolución aplicado a una unidad de CMA pediátrica serán las que contribuyan a mejorar la satisfacción, no sólo de los niños operados y sus familiares, sino también la de todos los que participan en la consecución de esos objetivos de calidad asistencial (5).

El diálogo entre los profesionales que participan de las diferentes fases del proceso de gestión asistencial; la discusión científica entre los distintos modelos de gestión de los recursos quirúrgicos, procedentes de las diferentes comunidades autónomas de nuestro país; la colaboración entre los departamentos de gestión económica y asistencial para conseguir los objetivos descritos (4,5); y la promoción de la co-

Editorial

laboración entre los centros hospitalarios con Unidades de CMA y los centros de Atención Primaria de su Área de Salud (3), serán algunas de las claves que las autoridades y los profesionales sanitarios tendrán que afrontar para alcanzar el éxito y la excelencia en el tratamiento de nuestros pacientes, a los que debemos toda nuestra atención.

F. Rivilla Parra

Profesor Asociado de Pediatría. Universidad Complutense de Madrid. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid

Bibliografía

1. Aymerich Cano H. Cirugía Pediátrica en régimen ambulatorio. *Cir May Amb* 2008; 13: 104-9.
2. Tagle EP, Hebra A, Overdyk F. One stop surgery: evolving approach to pediatric outpatient surgery. *J Pediatr Surg* 1999; 34: 129-32.
3. Isar Santamaría MC. CMA y Atención Primaria. *Cir May Amb* 2007; 12: 87-8.
4. Martínez Ramos C. La cirugía mayor ambulatoria y los retos actuales del sistema sanitario. *Cir May Amb* 2008; 13: 135-9.
5. Hacker JS. Healthy competition- The why and how of Public Plan choice. *N Engl J Med* 2009; 22: 2269-71.