

Implantación de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general

J. M. Vila-Blanco, J. M. Sáiz-Jarabo

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

RESUMEN

Objetivo: Los objetivos del estudio son conocer la actividad de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) desarrollada en nuestro hospital en el año 2006 y su calidad.

Material y método: La unidad de CMA (UCMA), unidad integrada tipo II, se inauguró en el año 2005. Participan diferentes servicios, que realizan técnicas quirúrgicas con protocolos de inclusión, de cuidados de enfermería y de anestesia.

Resultados: Intervinieron 1.592 pacientes (incremento del 80,91% respecto al 2003); 53,52% varones; 59,74% de oftalmología, 9,65 pacientes/día en la UCMA, 75,56% ASA I, 1,9% de suspensiones, 4,96% hospitalizaciones (74,69% mujeres), 0,3% de reingresos, 97% de satisfacción y 0% de mortalidad.

Conclusiones: El incremento de la actividad quirúrgica con CMA ha permitido intervenir un gran número de pacientes sin ingreso hospitalario, lo que ha posibilitado destinar recursos hospitalarios a otros procesos. Los índices de calidad demuestran que se trata de una forma de asistencia segura y fiable, y excelente grado de satisfacción y aceptación por la población.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria (CMA). Calidad asistencial.

ABSTRACT

Objective: The objectives of this study are to study the activity of our out-patient surgical unit during 2006 and the quality of the care given.

Material and method: The Ambulatory Unit (UCMA), a type II integrated unit, was inaugurated in 2005, with the participation of different Departments practicing surgery, using protocols for admission, nursing care and anaesthesia.

Results: 1.592 patients underwent surgery (an 80.91% increase over 2003) with: 53.52% males, 59.74% for ophthalmological surgery, 9.65 patients/day in the UCMA, 75.56% were ASA I, 1.9% cancellations, 4.96% unexpected admissions (74.69% fe-

males), 0.3% re-admissions, 97% excellent satisfaction in UCMA and 0% mortality.

Conclusions: Increase of surgical activity through CMA programs allows the hospital to operate on a large number as out-patients, which in turn allows hospital resources to be dedicated to other processes. Quality indexes lead us to affirm that this is a reliable and safe means of treatment, with an excellent degree of patient's acceptance and satisfaction.

Key words: Out-patient surgery (CMA). Quality indexes.

Vila-Blanco JM, Sáiz-Jarabo JM. Implantación de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general. *Cir May Amb 2009; 14: 99-102.*

INTRODUCCIÓN

En 1993 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la *Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)*, en la cual define lo que se entiende por CMA: "La CMA está constituida por procedimientos/intervenciones de mayor o menor complejidad que, con independencia del tipo de anestesia utilizada, tras un tiempo variable de control y observación vuelven a su domicilio el mismo día de la intervención" (1). A la CMA también se la conoce como cirugía de día o cirugía sin ingreso, o cirugía con estancia inferior a 24 horas.

Los factores favorecedores de su desarrollo han sido: a) administrativos (financiadores-gestores): en 1994 el INSALUD declaró la CMA objetivo prioritario (financiación con tarifa fija) incrementándose el número de intervenciones, y desde 1999 se financió a la CMA igual que a las patologías ingresadas (financiación por proceso), lo que ha permitido su implantación definitiva; b) profesionales: el conocimiento de aspectos socioeconómicos relacionados con nuestra actividad, como la estancia media

Recibido: enero de 2009

Aceptado: febrero de 2009.

Correspondencia: Julio Miguel Vila y Blanco. C/ Regueros, 4, 3º int. dcha. 28004 Madrid. e-mail: jmvilab@telefonica.net

hospitalaria, el índice de rotación de camas, la actividad del bloque quirúrgico (rendimiento quirúrgico y número de intervenciones por quirófano), la mejora de los informes de alta para su codificación (diagnósticos y procedimientos al alta y agrupación por GRD –grupos relacionados con el diagnóstico–), el incremento progresivo de los costes de los servicios hospitalarios, el aumento de las listas de espera quirúrgica y los avances en las técnicas sanitarias (anestesia, tecnología) (2).

Es sabido que las características más apreciadas de los hospitales, además de la eficacia-efectividad y la calidad, son la equidad (cuya primera condición es la accesibilidad de todos por igual) y la eficiencia (que expresa el coste por actividad), las cuales debe cumplir plenamente el hospital público. Y estas pueden conseguirse mediante las unidades de CMA.

El trabajo tiene como objetivos conocer la actividad de la CMA desarrollada en nuestro hospital en el año 2006 y la calidad de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Hospital Virgen de la Luz es un hospital del grupo II (clasificación del INSALUD) o de segundo nivel (Sistema Nacional de Salud), que atiende a una área sanitaria de 204.546 habitantes (3), con una frecuentación de un 11%.

La CMA se hacía en el hospital desde años antes, pero en el año 2005 se inauguró la Unidad de CMA (UCMA), y en ella participan los servicios que realizan técnicas quirúrgicas o instrumentales que precisen de unos cuidados postoperatorios mínimos, así como procedimientos de las especialidades médicas. Se trata de una Unidad Integrada tipo II, con una sala de adaptación al medio independiente, quirófanos y reanimación compartidos con el hospital. La UCMA está ubicada en la planta baja del hospital y consta de: sala de preparación y adaptación al medio, con 11 puestos (8 camas y 3 sillones abatibles); puesto de enfermería; material de monitorización y reanimación para cuidados postoperatorios medios; vestidor y baño; despacho-consulta en una sala anexa; sala de espera; almacén, sala de limpio y de sucio. Está dotada de personal de enfermería, desde las 8 hasta las 20 horas, de lunes a viernes no festivos. El personal facultativo es el propio de cada una de las especialidades que integran el programa quirúrgico y se ha nombrado un coordinador entre ellos (4).

Para la CMA hay un circuito establecido. Se confirma para el enfermo diagnosticado de una patología en consulta si cumple los criterios de selección para CMA (características del paciente, criterios sociales, criterios quirúrgicos y criterios médico-anestésicos), se le informa de manera conveniente y firma el consentimiento, incluyéndolo en lista de espera quirúrgica (LEQ) con reseña de CMA. El día de la intervención el paciente es trasladado

a la UCMA, se le prepara según protocolo y va a quirófano, donde será intervenido; a continuación, tras paso o no por la reanimación postanestésica (URPA), volverá a la Unidad, donde estará el tiempo necesario para su recuperación, siendo dado de alta al cumplir unos criterios protocolizados, pasando a su domicilio. En el momento del alta se le entrega un informe, se le facilita un teléfono de contacto y la analgesia necesaria para las primeras 24-48 horas.

Para el estudio, los datos se han obtenido de los pacientes intervenidos mediante CMA durante el año 2006 de los servicios: Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Ginecología, Oftalmología, ORL, Traumatología y Urología.

Los datos del estudio se incluyeron en una base de datos (Access[®]) y una hoja de cálculo (Excel[®]), con diferentes campos. Se aplicó estadística descriptiva, con cálculo de porcentajes (variables categóricas) y de media/promedio con desviación estándar (variables continuas).

RESULTADOS

En el año 2003 se realizaron 880 intervenciones mediante CMA. En el año 2006 se han realizado 1.592 intervenciones (incremento del 80,91%) (5).

La participación de los servicios sobre el total de pacientes ha sido: oftalmología 59,74%; urología 16,27%; traumatología 8,04%; maxilofacial 4,84%; cirugía general 4,77%; ORL 3,58%; y ginecología 2,76%.

Los pacientes intervenidos por servicios han sido: oftalmología 951 (50,21% mujeres); urología 259 (100% varones); traumatología 128 (78,13% mujeres); maxilofacial 77 (70,13% mujeres); cirugía general 76 (53,95% mujeres); ORL 57 (57,89% varones); y ginecología 44 (100% mujeres).

Por sexos, 852 varones (53,52%) y 740 mujeres (46,48%). La edad media ha sido de 56,21 años (1-88 años).

Durante el año 2006, la media de intervenciones por mes ha sido de 133, en los 165 días de utilización de la UCMA. Y la ocupación media de la UCMA ha sido de 9,65 pacientes/día.

Las 3 patologías más frecuentes operadas por los servicios fueron -código CIE 9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión. Modificación clínica, 3ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996):

—Cirugía general: lipomas (214,9) 36 pacientes (24 varones); patología benigna de mama (611,7) 10 mujeres; aumento de ganglios linfáticos (229) y quistes sebáceos (706,2) 6 cada uno.

—Ginecología: pólipo del cuerpo del útero (621,0) 32 mujeres, hiperplasia del endometrio (621,9) 4 e incontinencia de orina (788,39) 2.

—Maxilofacial: alteración de la erupción dental (520,6) 63 (46 mujeres) y caries dental (526,4) 3 (varones).

—Oftalmología: catarata (366) 942 pacientes (hay una Vía Clínica de Cirugía de la Catarata), aacriocistitis (370) 4 mujeres y glaucoma (365) 4 (3 varones).

—ORL: pólipo de cuerdas vocales (212,1) 17 (10 mujeres), hipertrofia de adenoides (474,01) 16 (10 varones) y otitis media serosa (381,1) 7 (5 varones).

—Traumatología: síndrome del túnel carpiano (354) 55 (46 mujeres), ganglión de la vaina del tendón (727,42) 11 (8 mujeres) y dedo en gatillo de la mano (736,29) 11 pacientes (9 mujeres).

—Urología: planificación familiar 99; fimosis 87; frenillo y sospecha de neoplasia de próstata, 21 pacientes cada uno.

Del total de pacientes intervenidos, han precisado hospitalización: oftalmología 19 (1,99%); cirugía general 11 (14,47%); ginecología 12 (27,27%); maxilofacial 15 (19,48%); ORL 5 (8,77%) y traumatología 17 (13,28%), haciendo un total de 79 (4,96% sobre el total). Por sexos: 20 varones (25,31%) y 59 mujeres (74,69%).

Los ingresos se han debido a complicaciones anestésicas (cefalea, retención urinaria), con estancias inferiores a 24 horas; dolor; intolerancia digestiva; drenajes, y por petición del paciente (lejanía del domicilio y condiciones del mismo), con estancias inferiores a 48 horas. Las suspensiones se han debido a enfermedades intercurrentes, desaparición de la lesión, anulación del paciente y toma de medicación.

La satisfacción con la asistencia es del 97%. Otros indicadores de calidad se adjuntan en la tabla I.

La clasificación anestésica de los pacientes intervenidos ha sido: 75,56% ASA-I; 22,34% ASA-II; 2,1% ASA-III.

Y el tipo de anestesia aplicada fue: 60,12% local; 20,23% local más sedación; 13,40% general; y 6,25% epidural.

TABLA I

INDICADORES DE CALIDAD

	Porcentaje (%)	Pacientes
Suspensiones	1,9	30
Hospitalización	4,96	79
Reingreso	0,3	5
Visita a urgencias	0,65	10
Reintervenciones	0,1	2
Mortalidad	0	0

DISCUSIÓN

La implantación de programas de CMA ha contribuido al aumento de las intervenciones quirúrgicas, resolviendo la patología quirúrgica más frecuente. El tipo de unidad depende del volumen de pacientes, así como de la economía del centro.

El porcentaje de operaciones realizadas mediante CMA se calcula que puede ser un 50-60% del total de pacientes en lista de espera quirúrgica (LEQ). Si podemos

sumarle la corta estancia (estancia entre 24 y 72 horas), el porcentaje de patologías en ambas modalidades puede llegar al 75% del total.

Existen experiencias y evidencias científicas que demuestran que la CMA es una alternativa válida a la hospitalización convencional, con una atención más individualizada. El programa de CMA en nuestro hospital ha permitido un ahorro de recursos muy importante (ahorro de estancias y liberación de camas), un incremento de la actividad quirúrgica (mayor índice de sustitución e intervenciones, con reducción de la LEQ), disminuir el coste unitario de los procesos, dar un servicio de calidad (menor riesgo de infección nosocomial, reincorporación temprana al trabajo, menores molestias personales y familiares y atención más personal). Todo ello aumenta la efectividad del hospital.

Como es sabido, el índice de estancia media ajustada (IEMA) hospitalario disminuye cuando el índice de sustitución de la CMA es superior al 30%, y la estancia media hospitalaria y quirúrgica aumenta al existir procesos hospitalizados quirúrgicos con un mayor peso, teniendo que controlar las estancias para evitar una elevación excesiva.

La estancia hospitalaria determina en gran medida el coste de la asistencia especializada, por ello, la potenciación de la CMA tiene como objetivo evitar estancias de pacientes cuyo postoperatorio puede ser realizado en el domicilio.

La CMA permite una reducción media del coste por proceso (CMA respecto a ingreso de un día) en España que puede llegar al 50%, mucho mayor que el 20% de EE. UU. (6-8).

En estudios realizados se ha demostrado que en la CMA hay un menor índice de efectos adversos (3%) comparados con la hospitalización (media, 9,3%; en cirugía general, 10,3%) (9).

En nuestro hospital, la oftalmología es muy predominante en la CMA, no así en hospitales similares –Cuenca, 60%; Talavera de la Reina (2001), 25%–, con una mayor edad media (56 vs. 48 años) y mayor aplicación de la anestesia local (60 vs. 42%), con menor local y sedación. Los indicadores de calidad obtenidos son similares (Tabla II).

TABLA II

INDICADORES DE CALIDAD: COMPARATIVA

	Cuenca (2006) Porcentaje (%)	Talavera de la Reina (2001) Porcentaje (%)
Suspensiones	1,9	2,5
Hospitalización	4,96	4
Reingreso	0,3	0,1
Visita a urgencias	0,65	1
Reintervenciones	0,1	0,01
Mortalidad	0	0
Satisfacción	97	99

CONCLUSIONES

En principio, la implantación de la CMA supone cambios de mentalidad, que se superan por los resultados obtenidos y apreciados por los profesionales y los pacientes.

La CMA ha permitido intervenir a un gran número de pacientes sin ingreso hospitalario, que no hubieran podido ser intervenidos e incrementarían la LEQ, ya que ha posibilitado destinar recursos hospitalarios a otros procesos (camas libres).

El grado de satisfacción y aceptación por parte de la población ha sido excelente, siendo una modalidad ampliamente demandada, por una percepción positiva de la misma.

Los índices de calidad obtenidos permiten afirmar que se trata de una asistencia segura y fiable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento. Madrid; 1993.
2. Vila-Blanco JM. Desarrollo e implantación de la CMA en España: evolución en los hospitales del INSALUD. *Cir Esp* 2004; 76(3): 177-83.
3. Padrón Municipal de habitantes 2004. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Economía y Hacienda.
4. UCMA Hospital Virgen de la Luz. Cuenca; 2003.
5. UDCA Hospital Virgen de la Luz. Cuenca; 2006.
6. Vila JM. Nuevas prácticas asistenciales: implantación de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp* 2002; 72(3): 137-42.
7. Vila JM. Tecnologías sanitarias: evaluación de la unidad de CMA del Hospital Nuestra Señora del Prado (Talavera de la Reina, Toledo). *Cir Esp* 2002; 72(6): 329-36.
8. Vila y Blanco JM. Gestión de costes mediante la implantación de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb* 2002; 7(2): 66-72.
9. Aranaz JM, Ivorra F, Compañ AF, Miralles JJ, Gea MT, Limón R, et al. Efectos adversos en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp* 2008; 84(5): 273-8.