

Editorial

Importancia de la cirugía mayor ambulatoria en la formación del cirujano

En un intento de definir las destrezas permanentes, atemporales del médico, la OMS define el médico “cinco estrellas”. Destacan las funciones decisorias, en virtud de las cuales elige qué técnicas aplicar ética y económicamente, y de gestión, orientando su actuación hacia la satisfacción de las necesidades de los pacientes y la comunidad. El desarrollo de estas dos funciones puede verse facilitado con la formación en economía. Se pone énfasis en programas formativos en la gestión sanitaria, en el control de la calidad y en la economía de la salud.

En la metodología educativa de la cirugía, además de un programa teórico (área cognitiva), se incluyen, en las áreas de habilidades y actitudes, los procedimientos *biótico* (aprendizaje por la vivencia), *práxico* (aprendizaje por la acción) y *ergodidáctico* (aprendizaje por la autoactividad). A partir del perfil o profesiograma adoptado, se pueden definir previamente qué cambios en los conocimientos (área cognitiva), en las aptitudes o habilidades (área de la psicomotricidad) y en las actitudes (área de la afectividad) deben alcanzarse. Al final del proceso educativo y de cada una de sus fases, el especialista deberá haber incorporado una serie de conocimientos, capacidades y comportamientos que no poseía previamente. El objetivo general es mejorar de forma constante la competencia profesional de los cirujanos, conseguir especialistas competentes, teniendo siempre presente que “ser competente significa que se poseen los conocimientos, habilidades y actitudes que permiten una asistencia a los enfermos basada en los principios actuales de la medicina”.

La educación es un proceso cuyo fin esencial es facilitar modificaciones de la conducta. La educación debe tener como resultado la modificación, definida de antemano, de la conducta del cirujano en el transcurso de un periodo dado. Es preciso que los cirujanos sean preparados especialmente para las tareas profesionales que tendrán que cumplir, teniendo en cuenta las condiciones de los servicios en los cuales tendrán que trabajar. La definición de las tareas profesionales debe derivar del estudio de las necesidades, tener en cuenta los recursos, e indicar de modo claro y preciso lo que los cirujanos tendrán que realizar durante su actividad profesional en un servicio quirúrgico concreto. La cualidad más importante de un programa educativo es su *pertinencia*. Debe establecerse un programa de formación para el cirujano que le permita abordar eficientemente los *problemas* que encontrará en la realidad de su trabajo; se deberán definir las prioridades y considerar sólo los elementos que se juzguen más importantes para un programa formativo.

Por otra parte, es obvio que el cirujano ejerce su actividad profesional en un hospital, ya sea este público o privado. El hospital es una empresa de servicios cuyo producto final es la salud, aserto indiscutible en la actualidad. A finales de la década de los setenta, Fetter y cols., de la Universidad de Yale, definieron el hospital como “forma multiproducto donde cada producto está compuesto de diversos bienes y

Editorial

servicios. Su línea de producción es tan extensa como el número de pacientes que trata”. Desde entonces se ha avanzado mucho en el entendimiento del hospital como empresa, lo cual significa que los recursos hospitalarios son y deben ser gestionables, que la eficiencia en su uso y la búsqueda de la calidad en sus procesos son políticas imprescindibles en su dirección, ya sean hospitales públicos o privados.

Durante los últimos años ha quedado bien establecido que los servicios clínicos son la célula básica sobre la que ha de sustentarse la actividad asistencial de los centros hospitalarios, con prerrogativas económicas y también de jerarquía funcional sobre el resto de los empleados, que satisfacen en buena medida los objetivos que deben cumplir, según la Ley General de Sanidad. El servicio de cirugía general representa una unidad asistencial específica y final que está dotada de personal, recursos materiales, físicos y económicos. Además de una ubicación física y un código identificativo, tiene una responsabilidad definida y unos objetivos propios.

Es conocido que las *listas de espera quirúrgicas* son uno de los problemas de mayor repercusión sobre el funcionamiento de los sistemas sanitarios y de mayor impacto en la percepción de los problemas por parte de los pacientes. Entre las múltiples soluciones que se han planteado para paliar este problema destaca la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), que ofrece asistencia a un mayor número de pacientes que la cirugía convencional, solución planteada entre otras razones porque es la patología susceptible de CMA la que mayoritariamente constituye las listas de espera de los hospitales, con lo que disminuye el tiempo de espera del tratamiento. Por ello, muchas especialidades quirúrgicas incluyen entre la patología de que se ocupan procesos tratables mediante CMA (procesos del nivel II-III de la clasificación de Davis) siendo constatable que cada día aumentan las indicaciones debido básicamente al desarrollo de nuevas opciones técnicas, a la aplicación de nuevas tecnologías y a la creciente experiencia de los equipos quirúrgicos que practican CMA. Aunque la selección de los procedimientos a realizar y de los pacientes tratables depende de varios factores, la premisa fundamental exigible es la correcta ejecución técnica y la elevada calidad asistencial, de tal modo que tanto la seguridad como las tasas de morbilidad y readmisiones de cada procedimiento deberán ser mejores o, como mínimo, similares a las que se obtienen con el paciente hospitalizado.

La CMA es una modalidad de prestación de servicio de alta calidad y seguridad cuya práctica y promoción genera beneficios simultáneos en la organización y productividad del área quirúrgica, que se traducen generalmente en la eficiencia del uso de recursos y en la disminución del tiempo de espera para el tratamiento de determinadas patologías. La CMA exige una elevada cualificación profesional y notable eficiencia organizativa, aplica innovadoras técnicas quirúrgicas y anestésicas y mejora la relación médico-paciente.

La importancia y necesidad de promover la CMA y el destacado papel que esta debe desempeñar en el quehacer quirúrgico obligan, por sus contrastadas ventajas, a conocer los fundamentos de la misma por el cirujano en formación y por los especialistas ya formados, teniendo en cuenta las diferencias existentes entre este tipo de cirugía y la tradicional. La educación quirúrgica relativa a la CMA, conveniente en el pregrado e indispensable para los residentes, dada su realidad actual, implica conocer, y aplicar en su caso, no sólo sus principios, protocolos y aspectos organizativos, sino las características de eficiencia, eficacia, calidad y resultados de la misma, dado que las unidades de CMA serán cada vez más numerosas y que la patología quirúrgica más habitual será tratada en estas unidades. La CMA “no es otra cirugía”, es la misma en indicaciones y técnicas quirúrgicas, pero conceptualmente dis-

Editorial

tinta en la sistemática de la metodología asistencial, que ofrece la misma seguridad y calidad para el paciente que la cirugía convencional.

De acuerdo con los objetivos de la preceptiva formación integral del cirujano y la pertinencia de su programa *ad hoc*, la CMA aporta a la educación quirúrgica del profesional no sólo aspectos de técnicas y procedimientos, sino organizativos, estructurales, de gestión y habilidades de comunicación con los pacientes, ya que la práctica de la CMA requiere poseer la necesaria actitud y aptitud que garanticen una actividad médica adecuada, realizada con calidad técnica óptima, en tiempo y forma, y a un coste razonable.

J. A. Rodríguez Montes

*Catedrático de Cirugía. Director del Departamento de Cirugía
Universidad Autónoma de Madrid*

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Balibrea Cantero JL. La realidad de la Cirugía Mayor Ambulatoria (Editorial). *Cir May Amb* 2006; 11: 109-12.
2. Bruening MH, Maddern GJ. Undergraduate surgical education in ambulatory surgery setting. *Ambul Surg* 2001; 9: 155-8.
3. Martín Pérez E. Formación de residentes en CMA (Editorial). *Cir May Amb* 2005; 10: 161-3.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de organización y funcionamiento. Madrid, 1993.
5. Rodríguez Montes JA. Diagnóstico y gestión del conocimiento en un servicio de cirugía. *Cir Esp* 2006; 80: 72-7.
6. Stone MD, Doyle J, Patselas TN, Pories WJ. Management of ambulatory surgery and outpatient care. In: Cox SS, Pories WJ, Foil MB, Patselas TN, editors. *Surgical Resident Curriculum*. 2nd ed. Arlington VA: The Association of Program Directors in Surgery; 1995. p. 151-5.
7. Twersky RS. Educational protocols in ambulatory anesthesia. *Amb Surg* 1997; 5: 117-9.