

Unidad quirúrgica de CMA, Hospital Juan Grande, Jerez, Cádiz. Memoria de actividades en un año

CMA surgical unit, Hospital Juan Grande, Jerez, Cádiz. Report of activities in a year

E. Orquín-Ortega, F. J. Agüera-Carmona¹, Oficina de Atención al Usuario

Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. ¹Especialista en Cirugía Plástica Reparadora y Estética. Hospital Juan Grande. Jerez de la Frontera, Cádiz

Autor para correspondencia: emilio.orquin@uca.es; javier.aguera@sjd.es; mariajose.dominguez@sjd.es

RESUMEN

Introducción: Las unidades quirúrgicas no son un individuo independiente, sino la respuesta organizativa para optimizar recursos disponibles, de forma que creando unidades clínicas multidisciplinares se consigue mayor rentabilidad por el trabajo realizado, ya que el personal está altamente entrenado en la solución de los problemas concretos que genera un alto número de patologías similares.

La presente memoria tiene por objeto la descripción de la actividad de una Unidad de Cirugía Ambulatoria de un hospital de especialidades concertado con la Sanidad Pública.

Material y método: Los materiales empleados para la consecución de los resultados que exponemos tras tabularlos y hacer las operaciones matemáticas pertinentes para poder exportar a gráficos los resultados con la intención de valorarlos. Observar sus tendencias e investigar las variables que nos separen de una optimización de recursos. Describiremos los recursos disponibles, tanto materiales como humanos, y haremos una somera descripción de nuestro método de trabajo con el fin de someterlo a la crítica o compartir nuestra experiencia obtenida de muchos años con el resto de la comunidad médica por si le sirve en su trabajo habitual.

Resultados: Los resultados que exponemos es una expresión descriptiva simple de los obtenidos de la base de datos del hospital. En la Tabla I se exponen los procesos remitidos, intervenidos, rechazados y los que rehúsan la cirugía; en la Tabla II los procedimientos quirúrgicos; en la Tabla III los resultados, incluyendo secuelas y grado de satisfacción de los pacientes, y en la Tabla IV están referidas las complicaciones: sangrado postintervención, infecciones, dehiscencias y patología de la cicatriz.

Conclusión: Nuestros resultados permiten deducir la rentabilidad económica y social, para el sistema de Salud y para el confort de los pacientes de este tipo de unidades. El ratio paciente/médico fue de 2.791/2 por encima de la media de servicios similares y, aun así, el grado de satisfacción de los usuarios se encuentran en una media superior al 93 %.

Palabras claves: Cirugía Ambulatoria, hospital de especialidades.

INTRODUCCIÓN

La aplicación de técnicas economicistas del mundo empresarial a los sistemas sanitarios se utiliza bajo el argumento del incesante crecimiento de los costes económicos; desarrollándose actividades que permitan abaratar costes con la

misma eficacia que usando recursos tradicionales. En este orden de cosas nuestro hospital, al tener unas características estructurales que permitían el desarrollo de este tipo de experiencias, se ha ido perfeccionando en las mismas, llegando a un buen aprovechamiento de sus recursos bajo este nuevo paradigma, teniendo en cuenta que las características

de estructura del hospital no permitían trabajar orientado a procesos de alta complejidad.

La Unidad es multidisciplinar para poder abarcar, con un solo equipo, todas las facetas que presenta un mismo grupo de patologías y que no pueden adscribirse a una sola especialidad, sino que comprenden más de una; por lo que su idoneidad es evidente, ya que un solo equipo resuelve procesos que con el modelo clásico obligaría a participar uno o más servicios o departamentos del hospital, con lo que la carga burocrática que ello conlleva hace que, tanto en tiempo como en recursos necesarios así como en costes, un tipo determinado de patologías que pueden ser resueltas con el concurso de pocos elementos del hospital puestos para su consecución, con el modelo clásico de Servicios Jerarquizados se precise un enorme esfuerzo burocrático para llegar al mismo fin, con lo que los costes se disparan.

Una de las características de este tipo de unidades es que el personal adscrito a ellas es el mismo, con escasa rotación, por lo que día a día adquiere más entrenamiento y como de todos es sabido el entrenamiento mejora el rendimiento y al mejorar el rendimiento se aquilatan los costes, por lo que estos disminuyen.

Otra característica es la optimización de los recursos materiales ya que, al ser equipos con un alto entrenamiento, ha desarrollado técnicas cada día más simples y óptimas con protocolos de mínimo uso de materiales y recursos. También hay que considerar que uno de los mayores sumideros de recursos hospitalarios, y por tanto costes, es la curva de aprendizaje que toda técnica conlleva. Durante la época de aprendizaje se consumen recursos materiales innecesarios y aumenta en número de complicaciones no deseadas o nosológicas.

Además de lo anterior, es de tener en cuenta que patologías simples hay que resolverlas con métodos simples y no pueden emplearse métodos más simples que los adquiridos con la aplicación de protocolos producto de un gran entrenamiento de todos los componentes del equipo, administrativos, auxiliares, enfermeros y médicos.

Es importante que cuando una técnica se ejecuta con mucha asiduidad, a diario y varias veces, las complicaciones disminuyen, por lo que es otra forma de incidir en el gasto hospitalario, concepto anglosajón que cada día tiene más en cuenta la gerencia de nuestros hospitales.

Si disminuimos los costes hospitalarios disminuiríamos de igual forma los extrahospitalarios, ya que el entrenamiento continuo hace que se depure la técnica, de forma que esta sea cada día menos invasiva, más simple y que requiera menos cuidados postoperatorios.

Otro aspecto en el que incide, para mejorar, este tipo de unidades es por el lado del usuario, ya que se minimizan los

desplazamientos y visitas a distintos servicios para llegar a solucionar patologías concretas multidisciplinarias, con lo que estamos consiguiendo un grado mayor de satisfacción de los usuarios que a la larga comporta una mejor opinión de la actividad sanitaria de la zona de influencia de la Unidad.

Con lo expuesto anteriormente solo hemos descrito los beneficios de las unidades y hay que preguntarse ¿no hay nada malo en dichas unidades? Pues sí, en mi opinión lo peor que tiene este tipo de unidades es caer en la rutina, por lo que es conveniente ir rotando los miembros del equipo de forma periódica para que algunos más de los componentes habituales adquieran las habilidades propias y el miembro que se sienta aburrido o estresado por la rutina pueda oxigenarse realizando otro tipo de tareas, de su cualificación, dentro del organigrama del hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Procedimiento general

Se rescatan de la página web del Servicio Andaluz de Salud (SAS) los pacientes que están en la lista de espera quirúrgica, es decir, que ya poseen un diagnóstico e indicación de intervención quirúrgica bajo anestesia local. Este rescate se realiza desde la Unidad de Atención al Usuario del propio Hospital y se les organiza una cita con el servicio médico de la unidad.

En la cita a consulta se realiza una confirmación del diagnóstico de llegada, se realiza la historia clínica y se diseña la técnica a emplear para resolver la patología o, en su defecto, se puede discrepar del diagnóstico o del procedimiento prescrito, por lo que se devuelve para nueva reevaluación o por considerar que la patología no es susceptible de tratamiento. Puede ocurrir que la patología no sea susceptible de tratamiento bajo anestesia local, por lo que se remite para tratamiento en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA).

Se le da las explicaciones pertinentes al paciente, donde se incluye la relativa al tipo de intervención y las posibles adversidades entregándosele en ese momento el formulario del consentimiento para que lo aporte el día de la intervención.

Se pasa la información de programable para cirugía a Atención del Usuario que hace la programación de las intervenciones y se procede a citar al paciente. A la vez que se programan consultas de revisión para ver las evoluciones tórpida o anormal.

El día de la intervención acude el paciente a la Unidad donde es intervenido y donde se les da las recomendaciones y tratamientos para los cuidados postoperatorios.

TABLA I

PROCESOS REMITIDOS, INTERVENIDOS, RECHAZADOS
Y LOS QUE REHÚSAN LA CIRUGÍA

PACIENTES	REMITIDOS	INTERVENIDOS	RECHAZADOS	REHÚSAN
Procesos benignos de piel	1.121	974	125	22
Procesos benignos subcutáneo	718	591	112	15
Procesos malignos de piel/subcutáneo y anejos	482	482	0	0
Patología de dedos y faneras	614	557	47	10
Circuncisiones y otras	284	187	95	2
Total	3.219	2.791	379	49

Recursos a disposición

Los recursos los dividiremos en humanos y materiales:

a) recursos humanos: 2 cirujanos (cirujano general y cirujano plástico), 2 enfermeros y 2 auxiliares del área quirúrgica y el apoyo del personal necesario de servicios generales, y b) recursos materiales: una sala de recepción del paciente aneja a la sala de cirugía (consulta), una sala de cirugía con doble acceso, el de entrada y el de salida, una sala de recuperación postquirúrgica, instrumental propio para la realización de la cirugía.

Método

Tras la recepción del paciente se procede a rellenar el *check-list*, se le facilita ropa para acceder al área quirúrgica, se procede a localizar la lesión y confirmar, se coloca al paciente en posición quirúrgica idónea, se infiltra anestésico local según la técnica elegida (inundación o bloqueos selectivos) y se procede a la intervención. Finalizada, se pasa a la sala de recuperación, se dan recomendaciones postquirúrgicas y se da el alta hospitalaria cuando cumple los requisitos establecidos.

RESULTADOS

Partimos un número total de pacientes remitidos, 3.219, de los cuales son intervenidos 2.791. Los no intervenidos son por no estar de acuerdo con el diagnóstico, haber desaparecido la patología, no creer beneficiosa la intervención o no estar de acuerdo con la técnica, estos son 379 paciente; otro grupo, 49, rehusaron la intervención al solicitarles el consentimiento.

A los pacientes podemos clasificarlos en grupos, según su patología (Tabla I): neoplasias benignas de piel, neoplasias benignas de subcutáneo, neoplasias malignas de piel o sus

anejos, patologías de dedos y/o faneras y por últimos, intervenciones específicas como circuncisiones.

Las técnicas empleadas (Tabla II) se clasifican en extirpación simple más sutura, electrofulguración y plastias e injertos, ya sean pediculados o libres.

Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla III:

1. Para las neoplasias benignas de piel: un total de 1.116 pacientes fueron intervenidos sin sufrir complicaciones ni secuelas. Se complicaron el 10 % de los pacientes y 15 refirieron secuelas en la cicatriz y obtuvimos un grado de satisfacción del tratamiento del 95 %.
2. Para las neoplasias benignas de subcutáneo: un total de 690 pacientes tuvieron un resultado satisfactorio y solamente 28 paciente refirieron secuelas. Tuvimos un 12 % de complicaciones y una satisfacción del 95 %.
3. Para las neoplasias malignas: 327 paciente cursaron sin incidencias; 155 refirieron secuelas; se observaron un 15 % de complicaciones y un grado de satisfacción del 98 %.
4. De patología de dedos: 559 no tuvieron incidencias; 55 refirieron secuelas; hubo un 11 % de complicaciones y la satisfacción obtenida es del 85 %.

TABLA II

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EMPLEADAS

Extirpación simple y sutura	976
Plastias	486
Injertos pediculados	189
Injertos libres	25
Electrofulguración	1.115
Total	3.219

TABLA III

PROCESOS REMITIDOS, INTERVENIDOS, RECHAZADOS Y LOS QUE REHÚSAN LA CIRUGÍA

RESULTADOS	SIN SECUELAS	SECUELAS	COMPLICACIONES	SATISFACCIÓN
Proceso benigno piel	1.116	15	10 %	95 %
Proceso benigno subcutáneo	690	28	12 %	95 %
Proceso maligno de piel/subcutáneo y anejos	327	155	15 %	98 %
Patología de dedos y faneras	559	55	11 %	85 %
Circuncisiones y otras	266	18	8 %	94 %
Total	2.958	271	11,2 %	93,4 %

5. De las circuncisiones y otras: 266 fueron sin incidencias; 18 refirieron secuelas temporales y hubo un 8 % de complicaciones. El nivel de satisfacción está en el 94 %.

Las complicaciones las tabulamos en la Tabla IV y están referidas a sangrado postintervención, infecciones, dehiscencias y patología de la cicatriz. Complicaciones de sangrado se registraron 88 que se resolvieron con medidas locales, resutura o compresión. Recogimos un total de 170 pacientes con infecciones locales que se resolvieron con antibióticos y curas. Tenemos recogidos, asimismo, 31 pacientes que sufrieron dehiscencia de la sutura que se resolvieron. Con respecto a patología de la cicatriz, se documentan 62 pacientes con insatisfacción por el aspecto de la cicatriz.

DISCUSIÓN

Las unidades quirúrgicas son una realidad que viene llevando a cabo su labor, en nuestro entorno, bien dentro de un Servicio de Cirugía jerarquizado o bien como un ente independiente del servicio y dependiente únicamente de los órganos administrativos y gerenciales del propio hospital. Quizás las Unidades más conocidas, dentro del ámbito quirúrgico, sean las de máxima especialización, como pueden

ser las Unidades de Trasplante, de Patología de la Mama, de Enfermedades Inflammatorias Intestinales o las de UCMA.

Como tal, estas unidades fueron importadas del modelo organizativo hospitalario anglosajón donde hace más de 30 años que vienen funcionando y dada las mejoras que suponen en cuanto a la disminución del cociente efectividad/coste se han ido implantando en nuestro entorno. Hay considerables mejoras organizativas como son:

- La notoria la reducción del tiempo de espera medido tanto en tiempos de demora como de espera; en los indicadores de gestión de la lista de espera quirúrgica apreciamos cómo se disparan las entradas de pacientes pendientes de intervención con un crecimiento, respecto del año anterior, de un 40,1 %; este crecimiento se puede explicar parcialmente desde posibles ajustes producido al finalizar el cierre de año y la retención de pacientes que no han sido aún intervenidos, amén de otras circunstancias añadidas por incremento de solicitudes por parte de los especialistas en orden a la variabilidad de la práctica médica u otras.
- La indiscutible especialización de los equipos para el desempeño de tareas, que pasan a ser rutinarias y, por tanto, mejorando y optimizando el coste medio de inter-

TABLA IV

PROCESOS REMITIDOS, INTERVENIDOS, RECHAZADOS Y LOS QUE REHÚSAN LA CIRUGÍA

TIPOS DE COMPLICACIONES	SANGRADO	INFECCIONES	DEHISCENCIA	CICATRIZ
Proceso benigno piel	19	56	10	27
Proceso benigna subcutáneo	22	31	19	14
Proceso maligno de piel/subcutáneo y anejos	25	26	12	10
Patología de dedos y faneras	0	57	0	10
Circuncisiones y otras	22	0	0	1
Total	88	170	31	62

vención. La mejora del coste no solo es en cuanto al punto de vista económico, sino que se optimizan los tiempos de ejecución y los materiales necesarios.

El presente trabajo no es más que una exposición de los resultados de nuestra experiencia. De estos resultados, sí podemos deducir la rentabilidad económica y social para el sistema de Salud y para el confort de los pacientes de este tipo de unidades.

El ratio paciente/médico está en 2791/2. Este se encuentra por encima de la media de servicios similares y aun así, el grado de satisfacción de los usuarios se encuentran en una media superior al 93 %; esto confirma la rentabilidad para los usuarios de estos servicios.

Con estos datos, nuestra propuesta de creación de este tipo de unidades, extensibles para las distintas especialidades, está más que justificada, bien por su rentabilidad como por

el perfeccionamiento de técnicas mínimamente agresivas y que proporcionan una coste/eficacia óptima.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Joint Commission. Standards for ambulatory surgical centers; 2007.
2. Commission for Healthcare Audit and Inspection. Day surgery; 2005.
3. Manual de Unidad de CMA. Estándares y recomendaciones. 2005; Madrid; disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
4. Sierra-Gil E. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro. *Cir Esp* 2001;69:337-9.
5. Marcos H. Proyecto de creación del Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Rev Asoc Coloproct del Sur*;2010;5:3.
6. Cruz Rodríguez J, Cinta-Domínguez L, Rojas-Báez J. Necesidad de aplicar la cirugía mayor ambulatoria y de corta estada en los centros de diagnóstico integrales quirúrgicos. Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3872/1>.