

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. EXPERIENCIA,
VALORACIÓN Y RESULTADOS DE LA UNIDAD DE
CIRUGÍA SIN INGRESO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA
GENERAL DEL HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

ANTONIO MASIÁ ALEGRE

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2004

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 18 de Novembre de 2004 davant un tribunal format per:

- Dr. D. José M^a Palanca Sanfrancisco
- Dr. D. Damián García Olmo
- Dr. D. Javier Deus Fombellida
- Dr. D. Antonio Compañ Rosique
- Dr. D. Bruno Camps Vilata

Va ser dirigida per:

Dr. Ruiz

Dr. Ponce

Dr. Botella

©Copyright: Servei de Publicacions
Antonio Masiá Alegre

Depòsit legal:

I.S.B.N.:84-370-6087-7

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

UNIVERSIDAD DE VALENCIA
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

**"CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. EXPERIENCIA, VALORACIÓN
Y RESULTADOS DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ARNAU DE
VILANOVA (S.V.S.)"**

Tesis Doctoral presentada por
Antonio Masiá Alegre
para acceder al grado de Doctor en Medicina

DIRECTORES:

 Prof. Dr. D. JUAN RUIZ DEL CASTILLO

 Prof. Dr. D. JOSÉ LUIS PONCE MARCO

 Dr. D. JOSÉ ANTONIO BOTELLA BOLORINOS

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. Dr. D. Juan Ruiz del Castillo por su paciencia y capacidad docente, tanto teórica como práctica, para enseñarme el arte de la cirugía.

Al Prof. Dr. D. José Luis Ponce Marco por su amistad, confianza y asesoramiento médico-quirúrgico.

Al Dr. José Antonio Botella Bolorinos por darme la oportunidad de formar parte del equipo quirúrgico de la Unidad e introducirme en la Cirugía Ambulatoria.

A los tres por su calidad humana y profesional, aceptar la dirección de esta tesis y creer en mi.

Dedicatoria,

A mi mujer, Lucia, por su comprensión,
paciencia y cariño.

A mi hijo, Antoniucho, por su respeto,
colaboración y conocimientos
informáticos.

Y a ambos, por el tiempo que la
Medicina me ha restado de su
compañía.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. HISTORIA.....	1
1.2. CONCEPTO.....	5
1.3. DESARROLLO, EVOLUCIÓN Y EXPANSIÓN.....	8
1.4. TIPOS DE UNIDADES.....	10
1.5. INDICADORES CLÍNICOS.....	18
1.6. INDICADORES DEL CONTROL DE CALIDAD.....	28
1.7. ACREDITACIÓN Y DOCENCIA.....	38
1.8. GESTIÓN Y JURISPRUDENCIA.....	43
2. HIPÓTESIS DE TRABAJO. OBJETIVOS.....	55
2.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	55
2.2. OBJETIVOS.....	58
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	59
3.1. CRITERIOS QUIRÚRGICOS.....	63
3.2. CRITERIOS MÉDICOS.....	65
3.3. CRITERIOS ANESTÉSICOS.....	65
3.4. CRITERIOS PERSONALES.....	67
3.5. CRITERIOS SOCIO-FAMILIARES.....	68

3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	69
3.7. CRITERIOS DE ALTA.....	73
4. RESULTADOS.....	81
4.1. AÑO 1.996.....	81
4.2. AÑO 1.997.....	89
4.3. AÑO 1998.....	98
4.4. AÑO 1.999.....	107
4.5. AÑO 2.000.....	116
4.6. GLOBALES.....	125
5. DISCUSIÓN.....	143
5.1. TIPO DE UNIDAD.....	149
5.2. PATOLOGÍAS A TRATAR.....	160
5.3. ¿CUÁL ES EL IMPACTO DE LA CMA?	166
5.4. VENTAJAS Y DESVENTAJAS.....	182
5.4.1. ¿QUÉ DIFERENCIA EXISTE ENTRE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEMEJANTES REALIZADAS EN PACIENTES AMBULATORIOS U HOSPITALIZADOS?.....	182
5.4.2. ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA CMA?.....	187
5.4.3. ¿QUÉ CAUSAS DIFICULTAN EL DESARROLLO DE LA CMA?.....	187

6. CONCLUSIONES.....	195
7. ANEXOS.....	197
8. BIBLIOGRAFÍA.....	203

ABREVIATURAS

A	Anestesia
ADVP	Adicción Drogas Vía Parenteral
Ag	Aguda
ASA	American Society of Anaesthesiology
cc	centímetros cúbicos
CCE	Cirugía Corta Estancia
CG	Cirugía General
CI	Con Ingreso
CIE-9MC	Clasificación Internacional de Enfermedades - Modificación Clínica
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
ECG	Electrocardiograma
F.A.	Fisura Anal
F.P.	Fístula Perianal
FAV	Fístula Arterio-Venosa
Fibr	Fibrilación
GRD	Grupos Diagnóstico-Relacionados
H	Hernia
H.I-C	Hernia Inguino-Crural
H.V.	Hernia Ventral
H.V.I.	Hernia Ventral Incisional
HEM.	Hemorroides
HH	Hernia Hiatal
ILT	Incapacidad laboral transitoria
IS	Índice de sustitución
Lap.	Laparoscópica
Nº	Número
OCFA	Obstrucción Crónica Flujo Aéreo
Pac	Pacientes

PMC	Patient Management Categories
Q	Quirúrgicos/as
Rx	Radiografía
S.P.	Sinus Pilonidal
SI	Sin Ingreso
T	Tumoración
Tª	Temperatura
U	Urgente
UCMA	Unidad Cirugía Mayor Ambulatoria
UCSI	Unidad Cirugía Sin Ingreso
UHD	Unidades Hospitalización Domiciliaria
URPA	Unidad Reanimación Post-Anestésica

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. HISTORIA

En la historia de la Medicina se constata el hecho de que la cirugía apareció antes que los hospitales y con posterioridad se incorporó a los mismos.

Tal y como describe GOERKE en su libro "3.000 años de historia de la Medicina" ¹, el carácter ambulante de la práctica quirúrgica no era sólo propio del paciente sino también del médico.

Vemos pues como la Cirugía Ambulatoria existe desde el comienzo de la actividad quirúrgica y es en realidad la forma más antigua que se conoce.

Inicialmente el hospital, etimológicamente hospes (huésped), era un centro de beneficencia para pobres a los que se les ayudaba ante una enfermedad y la muerte, mientras que los ricos eran asistidos en su domicilio; concepto que fue desapareciendo con el tiempo y convirtiéndose socialmente en las instituciones actuales, cuyo desarrollo condicionó que casi toda la cirugía se trasladara al medio hospitalario.

No obstante y a pesar de este hecho la idea de no hospitalizar al paciente quirúrgico ha sido una constante a lo largo de la historia unida al inicio "ambulante" de la cirugía ante la inexperiencia del hospital, como tal, nos permite afirmar que la CMA como sistema funcional y organizado se inicia a mitad del siglo XX en el Reino Unido impulsado por el Sistema Público de Salud, con el objetivo de reducir las listas de espera quirúrgicas y equilibrar recursos sanitarios y de calidad asistencial.

En 1.909 James H. Nicoll en el Glasgow Royal Hospital for Sick Children publica una serie muy cercana a las 9.000 intervenciones quirúrgicas en niños ², cuyos resultados fueron superponibles a los de los enfermos hospitalizados.

En 1.955 destaca un artículo de Fergusson ³ (Reino Unido) sobre la deambulación precoz recomendada a 485 pacientes operados de hernia inguinal sin ingreso hospitalario. Esta forma de actividad quirúrgica es rápidamente incorporada y desarrollada en EEUU a partir de los años 60.

En 1.961 el Butterwoth Hospital de Michigan y un año después Cohen y Dillon ⁴, de la Universidad de Los Angeles, ponen en marcha el primer programa de este tipo de cirugía concluyendo que la **seguridad** de los pacientes no depende de que estén o no ingresados sino de una adecuada **selección** de los

pacientes, y una correcta y cuidadosa **práctica quirúrgica y anestésica.**

Sin embargo no es hasta 1.968 y coincidiendo con la apertura del Surgicenter de Phoenix (Arizona), por parte de Ford y Reed ⁵ (anestesiólogos) cuando se instaura este tipo de cirugía con Unidades Independientes y Autosuficientes ("freestanding day surgery units"). Trabajos recientes señalan que en EEUU el índice de sustitución por este tipo de cirugía supera el 60%.

Alrededor de los años 70 algunas instituciones de América latina desarrollaron programas de Cirugía Ambulatoria dentro de un programa de "cirugía simplificadora", como los realizados por González y Vélez ⁶ en la Universidad del Valle (Colombia).

En 1.985 el Royal College of Surgeons ⁷ del Reino Unido publica una serie de recomendaciones para la práctica de esta cirugía y un listado de procedimientos subsidiarios de ser realizados de forma ambulatoria.

El término "CMA" nace en 1.986 con la publicación de un libro del mismo nombre escrito por Davis ⁸.

En España, a partir de 1.982 comienza el programa de "Cirugía sin Ingreso" con el grupo de Polo y García para herniorrafias con anestesia local; esta modalidad quirúrgica se desarrolla en los años 90 siendo la primera publicación la de

Ribera y Giner ⁹ sobre pacientes quirúrgicos ambulatorios, momento a partir del cual otros grupos de trabajo ^{12,13} del territorio nacional inician el desarrollo de la CMA en nuestro país.

En 1.992, el Ministerio de Sanidad y Consumo publica la "Guía de organización y funcionamiento de la CMA" ¹⁰ y la Societat Catalana de Cirugía constituye en 1.993 una comisión para la elaboración de puntos y recomendaciones para el desarrollo de esta cirugía ¹¹, coincidiendo su etapa de nacimiento y expansión (1.995-99) con la celebración del II Congreso Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria en Sevilla (1.995).

A partir de este momento es cuando en el territorio nacional comienzan a aparecer múltiples unidades, llegando en la actualidad a un importante índice de sustitución de patología general que oscila, según publicaciones recientes entre un 25 y un 40 %, en función del tiempo de funcionamiento de la Unidad, del tipo de la misma y del hospital, nuevo o ya en funcionamiento, así como del grado de formación quirúrgica de los profesionales.

En estos años se han constituido sociedades nacionales e internacionales específicas de Cirugía y Anestesia Ambulatorias como:

- 1.974: Federated Ambulatory Association (FASSA).

- 1.984: Society Ambulatory Anesthesia (SAMBA).
- 1.990: British Association of day Surgery (BADs).
- 1.994: Asociación Española de "CMA" (ASECMA).
- 1.995: International Association for Ambulatory Surgery (IAAS).

1.2. CONCEPTO DE CIRUGÍA AMBULATORIA

La Cirugía Ambulatoria ¹⁵ es la que se practica sin ingresar al paciente, dándole el alta pocas horas después de realizar el procedimiento y, por lo tanto, sin pernoctar en el hospital; independientemente de que la intervención sea de cirugía mayor o menor y de que la Anestesia sea local, regional o general.

La Cirugía Menor Ambulatoria incluye aquellos procedimientos quirúrgicos menores bajo Anestesia local regresando a su domicilio a continuación de que se les practique dicho procedimiento.

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se puede definir como:

- a) La realización de actos quirúrgicos bajo Anestesia local, regional o general con mínimos cuidados postoperatorios y regreso del paciente a su domicilio el mismo día de la intervención.

- b) Aquella que se realiza en pacientes admitidos de forma planificada y sin necesidad de ingreso, pero que requieren servicios de reanimación en una unidad contigua con tal finalidad.
- c) Atención a procesos subsidiarios de cirugía con Anestesia local, regional, general o sedación con cuidados postoperatorios de corta duración o poco intensivos, sin necesidad de ingreso hospitalario y que pueden ser dados de ALTA a las pocas horas del acto quirúrgico; utilizando la infraestructura hospitalaria durante el menor tiempo posible, sin disminuir la calidad ni la seguridad ofrecidas a los pacientes.

Se diferencia, así, de la Cirugía de Corta Estancia (CCE) en que ésta desarrolla su programa de trabajo resolviendo procedimientos de cirugía mayor con ingresos hospitalarios de entre uno y tres días, es decir, el tiempo necesario de estancia hospitalaria.

Ante toda esta terminología, podemos observar que los conceptos responden a una misma filosofía y cualquiera de ellos puede ser la consecuencia del otro.

La "cirugía sin ingreso o ambulatoria" podría considerarse como la **fase final de un proceso de acortamiento de la**

estancia hospitalaria en el tratamiento de algunas patologías operadas habitualmente en régimen de hospitalización.

Por otro lado, la "cirugía de corta estancia" podría suponer una **fase posterior a la aplicación de un programa** de cirugía ambulatoria **al liberalizar los criterios de selección y ampliar el abanico de patologías** a tratar bajo esta modalidad quirúrgica; resultado de esto último sería una mayor incidencia de enfermos que bien por decisión médica, del propio paciente o de ambos permanecerían la primera noche del postoperatorio en el hospital.

En cualquier caso, el objetivo de esta Cirugía Ambulatoria es minimizar la hospitalización, una mayor satisfacción del paciente y un ahorro económico sin pérdida de la **CALIDAD ASISTENCIAL**.

La necesidad o no de ingresar al paciente ni el tipo de Anestesia a emplear deben ser el criterio fundamental definitorio de este tipo de cirugía, sino la filosofía tendente a practicar la cirugía "clásica" con los mismos cuidados, reduciendo al máximo la agresión quirúrgica e incorporando nuevos medios y/o los avances de la tecnología médico-quirúrgica.

La actitud ligada a la calidad asistencial y **NO** la hospitalización es la base de la seguridad para el enfermo.

No cabe la menor duda que para los profesionales de la Medicina, fundamentalmente cirujanos de las distintas especialidades y anesthesiólogos, así como para las autoridades sanitarias, la problemática planteada por la presión asistencial de cómo utilizar mejor los medios humanos y materiales, al igual que los recursos existentes, les ha llevado a valorar la CMA sin ingreso como un intento real de disminuir este problema.

Se destierra el termino de "Cirugía de alta precoz", ya que esta última palabra puede dar a entender un alta antes de tiempo o antes del momento indicado. Siempre el ALTA debe ser cuando corresponda o se deba dar en cada situación.

No obstante lo fundamental es ofrecer calidad técnica y asistencial de manera que la seguridad, la morbi-mortalidad y las readmisiones sean inferiores o al menos equivalentes a las que se obtienen en los pacientes hospitalizados convencionalmente.

1.3. DESARROLLO, EVOLUCIÓN Y EXPANSIÓN

En España podemos distinguir tres periodos:

- 1. De constatación y viabilidad (1.990-1.994).**
- 2. De crecimiento (1.995-1.999).**

3. De madurez (1.999-en adelante).

En todo este tiempo se ha comprobado el incremento del número y tipo de procesos incluidos en esta cirugía, así como el número de Unidades en los hospitales, además de una mayor aceptabilidad por parte de los profesionales y pacientes de esta práctica clínico-quirúrgica, unido a la disminución de la estancia hospitalaria y la reducción del coste por proceso al realizar los análisis económicos pertinentes. Pues aún y a pesar de todo, hoy por hoy, en nuestro país, la implantación de esta modalidad quirúrgica es todavía deficitaria y heterogénea.^{76,77}

A lo comentado contribuye el hecho de que existe una resistencia a su implantación, como modelo asistencial debido a:

- la inercia organizativa tradicional.
- la falta de instalaciones adecuadas.
- la flexibilidad administrativa.

que discrimine según rendimiento y calidad de las actividades profesionales. En este sentido no hay que olvidar que el cirujano piensa sólo en adelantos e innovaciones técnicas, infravalorando otras como las de carácter organizativo.

En lo concerniente a la etapa de madurez de esta ya puesta en marcha de la CMA destacar la necesidad de una política incentivadora basada en la calidad y productividad que atraiga a

los profesionales, la instauración de estas Unidades en los centros y una financiación específica para los procesos que se lleven a cabo.

Sí una de las características de la CMA es ser multidisciplinaria, ésta debe ser la evidencia científica útil sobre la idoneidad o no de los procesos susceptibles de ser atendidos por ella.

"Hacer a la primera y de forma correcta lo que es adecuado, también es aplicable en CMA".

1.4. TIPOS DE UNIDADES

La CMA se organiza según su sistema de gestión en cuatro tipos de Unidades ¹⁴:

1.- UNIDAD INTEGRADA CONTROLADA POR HOSPITAL.

Es aquella en la que los pacientes ambulatorios y hospitalizados utilizan la misma área quirúrgica.

Características:

- a) Requiere limitada remodelación o construcción. Los únicos cambios estructurales necesarios son la conservación de espacio ya existente o la construcción de un pequeño pabellón.

- b) Gastos bajos. Importante para hospitales con presupuestos limitados o con espacio sobrante dentro de un área de fácil acceso para el paciente externo.

- c) Rápida construcción. Debido a que ya existen y funcionan los quirófanos y las salas de recuperación.

- d) Mínimo riesgo para el hospital. Si el proyecto no funciona se puede, fácilmente, reconvertir para otro uso.

- e) Mayor flexibilidad y más confianza de los cirujanos. Trabajan en un medio conocido por ellos y disponen, en caso necesario, de todos los recursos del propio

hospital (reanimación, interconsultas y colaboración-asistencia de otros servicios).

f) Posibilidad de compartir equipos y personal.

Inconvenientes:

a) Riesgo aumentado de infección para los pacientes ambulatorios.

b) El diseño puede no ser el adecuado al tener que adaptarse a espacios ya existentes.

2.- UNIDAD AUTÓNOMA CONTROLADA POR HOSPITAL.

En esta Unidad los pacientes ambulatorios y hospitalizados utilizan áreas quirúrgicas **diferentes** dentro del mismo hospital.

Características:

a) Estructura física independiente. A diferencia de la Unidad Integrada, en la que se utilizan quirófanos y salas de recuperación con personal altamente cualificado y costoso, este tipo de unidad ofrece

instalaciones y atención seguros, adecuados y competentes al nivel necesario.

b) Mayor satisfacción para pacientes y personal. Los pacientes permanecen en una sola unidad, diseñada y administrada con el único objetivo de su seguridad y confort, con un elevado espíritu de grupo con interdependencia y ayuda mutua por parte de un personal relativamente reducido.

c) Mayor eficacia operativa. Al estar la unidad ideada y administrada para un solo servicio, repetido muchas veces al día, y localizada en una sola área compacta, se ahorra tiempo y se gana en eficiencia.

Inconvenientes:

a) Costos altos de construcción.

b) Dificultad para reconstruir la unidad en el caso de que el proyecto no se utilice o fracase.

- c) Difícil y costosa obtención del certificado de necesidad ante la construcción de nuevos quirófanos en el área quirúrgica.

3.- UNIDAD SATÉLITE DEL HOSPITAL.

Es una unidad **autónoma**, patrocinada por un hospital pero situada lejos de éste; suelen localizarse en la misma comunidad pero a cierta distancia del hospital o bien en una comunidad vecina.

Características:

- a) Las descritas para las Unidades Autónomas Integradas.
- b) Amplía la oferta quirúrgica a pacientes ambulatorios al servir a otra comunidad o a parte de la misma.
- c) Puede ofrecer un acceso más fácil y una mayor comodidad a los pacientes ya que está fuera del

complejo hospitalario, bullicioso y, a veces, congestionado.

d) Posibilidad de ingresos suplementarios al hospital y, a menudo, totalmente nuevos.

Inconvenientes:

a) Los mismos que la Unidad Autónoma controlada por hospital.

b) Puede generar hostilidad y gran oposición por parte de médicos y residentes del área afecta. Los primeros acaso la consideren como competencia injusta al centro.

4.- UNIDAD INDEPENDIENTE.

Es una unidad **autónoma** sin nexo geográfico ni administrativo con otras instituciones de salud.

Características:

- a) Las mismas que la Unidad Autónoma controlada por hospital.
- b) La reducción de costos redundando en gastos más bajos para los pacientes por dos razones: una, al ser atendido en una instalación ideada y planeada para este tipo de cirugía, no sufre el cargo de grandes quirófanos ni salas de recuperación refinadas porque no las necesita; y segunda, los gastos generales, sobre todo de administración, no se prorratan para el paciente de la Unidad Independiente como ocurre con los de una Unidad dependiente del hospital.
- c) Mayor satisfacción del paciente y del cirujano. El primero descubre que la Unidad es más cómoda, menos costosa y más agradable. El segundo siente tener mayor control del enfermo y estar más libre de las normas, reglamentos y gobierno de la institución grande por sus muchos niveles de administración.
- d) Acceso fácil y conveniente.

e) Es el método menos costoso y de más fácil desarrollo para la comunidad que tiene demanda de CMA y no cuenta con instituciones que la ofrezcan.

Inconvenientes:

a) La preocupación de los pacientes ante la posible deficiencia en equipo y personal de Reanimación en comparación con un hospital. Todas estas unidades deben contar con los recursos adecuados para atender cualquier complicación y disponer de traslado rápido al hospital, en caso necesario y recomendable.

La Sociedad Catalana de Cirugía elaboró unas PAUTAS y RECOMENDACIONES para el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria distinguiendo tres tipos de unidades:

1.- Unidades Autónomas e Independientes del hospital.

2.- Unidades Integradas con funcionamiento independiente.

3.- Unidades Integradas con funcionamiento independiente, pero que comparten algunos recursos del centro hospitalario.

En líneas generales estas Unidades deben contar con acceso físico bien señalizado, sala de espera y aseo individualizados para pacientes, sala de técnicas anestésicas, quirófanos, unidad de recuperación post-anestésica (URPA) y sala de recuperación. Es, en definitiva, una **"Unidad"** del Servicio de Cirugía general ya que dispone de camas y quirófanos del mismo, nutriéndose de su lista de espera. Así mismo las normas preceptivas, las características y el diseño de las salas quirúrgicas y de la instrumentación médica deben ser las mismas que las utilizadas para los pacientes hospitalizados.

1.5. INDICADORES CLÍNICOS

Según la "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations" ¹⁹ es una medida cuantitativa que puede utilizarse para controlar y valorar la calidad asistencial y de los servicios de apoyo. No es una medida directa de calidad, sino una señal que identifica la actuación específica dentro de una

organización de asistencia sanitaria, objeto de una revisión más extensa.

Los INDICADORES se utilizan para controlar y valorar uno o más de los factores que determinan la calidad asistencial, entre los que se hallan la *accesibilidad, efectividad, eficacia, conveniencia, eficiencia, oportunidad, continuidad, intimidad y confidencialidad* de la asistencia; la *participación* del paciente y de su familia; y la *seguridad y apoyo* del entorno social.

Dentro de una organización de asistencia sanitaria, los responsables de la calidad asistencial son los profesionales o facultativos y otros individuos como el personal de enfermería y el de gestión-administración; existiendo, cada vez más, la concienciación de que la calidad asistencial NO depende sólo de la actuación de los profesionales sino también de los esfuerzos de colaboración y otros sistemas integrados que deben funcionar totalmente si han de conseguirse los objetivos, cada uno de los cuales consta de elementos individuales y de servicio, por ejemplo: servicio de transporte, admisión, etc.

Un **indicador** expresa la información como un suceso o índice (ratio) de acontecimientos dentro de un universo definido:

Nº pacientes a los que les ocurre un suceso específico

Nº pacientes que tienen la condición o procedimiento específico

Este indicador ayuda a valorar la capacidad profesional para tomar las decisiones clínicas adecuadas.

En general podemos distinguir dos tipos de **indicadores**:

- 1) **De registro de suceso "centinela"**: mide el proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable. Su incidencia es muy baja y un ejemplo de éste es la "muerte natural".
- 2) **Basados en índices**: miden un suceso de la asistencia al paciente que requiere posterior valoración (revisión individual de un caso). Un ejemplo es la baja tasa de mortalidad actual tras intervención quirúrgica de una patología determinada.

Desde hace algunos años la evaluación de la calidad de la actividad asistencial se efectúa a través del desarrollo de los siguientes modelos de análisis ⁴⁰:

1.- De la estructura: se conoce como acreditación hospitalaria y sería conveniente definir los mínimos estructurales disponibles en una UCSI.

2.- Del proceso: estudia los pasos seguidos en el diagnóstico y terapia de la enfermedad. Son dinámicos y de apreciación indirecta. En la práctica revisan protocolos e historias clínicas, poniendo en marcha comisiones que garanticen la calidad, como las de farmacia, infecciones, tejidos y tumores, historias clínicas, investigación, docencia y morbi-mortalidad.

3.- De resultados: básicamente se puede realizar de dos formas. Una, es el análisis detallado y la discusión del caso de cada paciente que haya evolucionado desfavorablemente (morbi-mortalidad); y otra, la más habitual y extendida, es la recopilación de una serie de datos sobre cada caso para analizarlos y compararlos con otras series de la misma Unidad realizados en otro período de tiempo o con series realizadas en otras Unidades ("audit médico o quirúrgico").

Para una VALORACIÓN final, el conjunto de **criterios e indicadores** elaborados son puntuados de 0 a 10 mediante una escala, la cual considera las siguientes cualidades:

- Sencillez.
- Claridad.
- Objetividad.
- Realismo.
- Evidencia científica.
- Utilidad.
- Fiabilidad.
- Sensibilidad.
- Pertinencia.

Los expertos consideran de vital importancia definir claramente la misión de la Unidad, su cartera de servicios y una adecuada coordinación entre Atención Primaria y Asistencia Especializada. A las condiciones de efectividad quirúrgica se añaden otras referidas a su eficiencia y aceptabilidad por parte de los pacientes.

La Unidad de CMA en su evolución ha desarrollado un plan funcional estableciendo unas normas que interrelacionan tres áreas fundamentales como son actuación, protocolos y responsabilidad de la siguiente forma:

- La selección de procedimientos y pacientes junto al consentimiento están protocolizados en las consultas inicial y preanestésica bajo la responsabilidad del quirúrgico y anesthesiólogo.

- La información preoperatoria y la filiación son responsabilidad administrativa, así como las normas de ayuno y preparación, información y citación son actos protocolizados por enfermería.
- La recepción en la Unidad, la premedicación y la preparación de la zona operatoria forman parte del protocolo de enfermería durante la fase prequirófano.
- Las normas del procedimiento quirúrgico y anestésico son propias de la intervención quirúrgica en sí y por lo tanto responsabilidad del cirujano, anestesiólogo y enfermería.
- Los protocolos de recuperación son acciones del despertar y responsabilidad de enfermería, lo mismo que los protocolos de la fase II de recuperación y que se desarrollan en el área de adaptación al medio.
- La información médico-quirúrgica protocolizada actúa sobre el alta hospitalaria y son responsabilidad de enfermería, anestesia y/o cirugía.

- El protocolo de llamada postoperatoria se efectúa al domicilio tras el alta y es responsabilidad médica.
- Finalmente, el protocolo de asistencia-hospitalización repercute en la decisión sobre el ingreso en el centro bajo la responsabilidad del médico de guardia.

Todo lo comentado puede definirse como "normas de asistencia" preestablecidas cuyo cumplimiento es la base de la calidad en una UCMA. Estas normas son un conjunto de actividades con objetivos comunes que junto a los medios disponibles planifican la calidad, cuyo control va dirigido a medir y valorar la actividad o prestación desarrolladas.

Hemos seguido los criterios de Donabedian ⁴¹, "estructura, proceso y resultados", para identificar, controlar y practicar una asistencia de calidad.

Con los indicadores "de estructura" hemos analizado elementos estables como son los recursos humanos, físicos y económicos; los "de proceso" se basan en la información registrada durante la interacción entre profesional y paciente (por ejemplo, pre-alta); y los "de resultado", quizás los más

extendidos, analizan el cambio producido en el paciente por la acción médica.

Los programas de calidad deben formar parte de la funcionalidad de la CMA ya que se necesitan para reducir las complicaciones y dar seguridad y confort al paciente intervenido.

Los indicadores, parámetros de referencia y medición de la calidad, nos informan sobre aspectos de la asistencia y si éstos concuerdan con una práctica aceptable.

Las *cualidades* necesarias de un **indicador** para que resulte útil como medida son:

- Validez: grado en que el indicador consigue el objetivo.
- Validez aparente: grado en que el indicador es inteligible.
- Sensibilidad y Especificidad: grados en que el indicador es capaz de identificar todos los casos de asistencia en los que existen problemas reales de calidad asistencial.
- Operatividad.

El *conjunto de información* de un **indicador** comprende:

- Una información inicial:
- Una definición de términos para asegurar que todo aquel que utiliza el indicador está recogiendo y valorando las mismas cosas.
- La identificación del tipo de indicador.
- El componente del fundamento para un conjunto de información del indicador explica porque es útil para especificar y valorar el proceso o resultado de la asistencia médica identificada por el mismo.
- Descripción de la población del indicador, es decir, el numerador y el denominador.
- La lógica del indicador se refiere a los elementos-datos mediante los cuales los pacientes son identificados.
- La descripción y enumeración de los siguientes factores:
 - Del paciente:
 - Gravedad de la enfermedad y estado de urgencia.
 - Condiciones de comorbilidad (diabetes insulino-dependiente, coagulopatías, historia de arritmias importantes, ...)

- Otros factores: edad, sexo, fumador, alcoholismo, ...
- Del personal facultativo:
 - Calidad de la anestesia, selección del paciente, deficiente control de la enfermedad, idoneidad y oportunidad de la intervención, ...
- De organización:
 - Mala comunicación interdisciplinaria, falta de personal, inadecuado servicio de apoyo, apropiada disponibilidad facultativa para el postoperatorio y adecuación profesional que acredite el proceso.

Finalmente señalar que las condiciones técnicas en el desarrollo del conjunto de información del indicador son:

- 1) El enunciado de todo indicador debe ser plural. Por ejemplo: "pacientes, no paciente".
- 2) Los indicadores son sucesos y su redacción así debería reflejarlo. Por ejemplo: "autopsia de pacientes fallecidos en 48 horas, no % de autopsias, ..."

- 3) La "definición de términos" debería expresarse exactamente como aparecen y en el mismo orden.
- 4) El numerador y denominador (descripción de la población del indicador) debe expresarse como "nº de pacientes".
- 5) El numerador será la definición directa del indicador y el denominador difiere ya que incluye una población más amplia.
- 6) El fundamento debería identificar específicamente el proceso y/o resultado que el indicador debe valorar.

1.6. INDICADORES DEL CONTROL DE CALIDAD

La Cirugía Ambulatoria, en los últimos años, ha irrumpido como un nuevo estilo de "gestión asistencial" y como una "alternativa" para mejorar la gestión sanitaria. Para ello debe demostrar, al menos, que presta una atención sanitaria del mismo nivel que la cirugía tradicional.

El programa de calidad en una UCSI debe basarse en tres puntos:

- Calidad técnico-científica: referida a lo que el paciente recibe.

- Calidad funcional o interactiva: relación paciente-personal.
- Calidad corporativa: imagen que los pacientes tienen de la Unidad.

Una manera de conocer el logro de los objetivos marcados es la identificación de **critérios, indicadores y estándares**, y su posterior monitorización.

- CRITERIOS DE CALIDAD:

- Adecuación del sistema de programación mediante el control de las citas.
- Adecuación del sistema de selección de los pacientes.
- Consentimiento informado. Información al paciente y/o familiar reflejada en el documento correspondiente.
- Idoneidad del proceso quirúrgico y/o anestésico para que el paciente se traslade a su domicilio el mismo día de la intervención, no necesitando reintervenciones inmediatas.

- Informes de alta y de cirugía, siguiendo las recomendaciones de la Comisión de historias clínicas del hospital.
- Mínima incidencia de infección en cirugía limpia.
- Idoneidad del resultado quirúrgico (NO urgencias en aproximadamente 15 días al postoperatorio).

- INDICADORES para monitorizar:

- N° de intervenciones suspendidas antes de la admisión del paciente.
- N° de intervenciones suspendidas después de la admisión del paciente, es decir, enfermos no aceptados el día de la intervención.
- Documentos informados en relación con el n° de procedimientos quirúrgicos distintos realizados.
- Proporción de enfermos que reciben correctamente la profilaxis antimicrobiana.
- N° de pacientes cuyo informe de alta está presente en la historia clínica.

- N° de pacientes no dados de alta el día de la intervención.
- Relación de pacientes con infección en cirugía limpia, en el contexto de todos los operados en este tipo de cirugía.
- N° de reintervenciones inmediatas (48 horas).
- N° de urgencias postoperatorias (15 días posteriores al acto quirúrgico).
- N° de reingresos en los 15 días posteriores a la intervención.
- Control telefónico desde la Unidad durante las primeras 24 horas.

Los CRITERIOS son la condición que debe cumplir la práctica para que pueda ser considerada de calidad.

El ESTÁNDAR es el grado de cumplimiento exigido a un criterio y la MONITORIZACIÓN sin ser ningún método de evaluación de la calidad, es un proceso que se inicia con la selección de criterios, continua con la elaboración de indicadores y establece los estándares ³⁵.

DESARROLLO DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI)^{16,17,18}

El proceso de desarrollo de una UCSI varía enormemente en función de que sea una Unidad DEPENDIENTE o INDEPENDIENTE del hospital. Sea cual sea la localización, deben cumplirse determinados criterios antes de iniciar la actividad en sí y en principio lograr tres objetivos primarios:

1.- Determinar que existe necesidad de este tipo de Unidad, la cual, en ocasiones, se equipara con la necesidad de más camas quirúrgicas.

2.- Tener un conocimiento profundo de las condiciones actuales de la CMA.

3.- Debe haber una firme convicción de que la comunidad en general, los futuros pacientes quirúrgicos en particular y el personal sanitario se beneficiarán de este tipo de Unidad como para justificar TODO lo que se precisa.

Es necesario romper el concepto básico que asocia intervención quirúrgica → gravedad del proceso → estancia hospitalaria → mejor control, apoyándose en la idea de ÁREA ASISTENCIAL, lugar de donde no sólo proceden los pacientes sino al que deben volver a las pocas horas de haber sido intervenidos, implicando para ello a los profesionales de Atención

Primaria, así como información clara y precisa al paciente y/o familiares sobre su patología, complicaciones potenciales y vías de utilización para su resolución, poniendo a su disposición personal de enfermería con formación específica y un teléfono de contacto permanente.

En definitiva, los parámetros más incidentes en el éxito de una Unidad de estas características son los retos profesionales ante las innovaciones técnicas y organizativas, el mayor confort y la pronta reinserción del usuario a su ambiente socio-familiar junto a estudios de eficacia-eficiencia asociados a factores de competitividad interhospitalaria.

Para al puesta en marcha de un programa de CMA es necesaria una correcta planificación antes de comenzar la labor asistencial, es decir, desde conocer cuál es la demanda real pasando por las funciones que debe cumplir y analizando la realidad asistencial particular de cada área sanitaria.

Los miembros integrantes de la planificación pueden dividirse en dos:

- 1) Comité planificador: es responsable de las decisiones fundamentales y está formado por el jefe de servicio de Anestesia, el coordinador de los servicios quirúrgicos y el jefe de servicio de

Admisión y Documentación clínica. Lo preside el Director médico o Gerente.

2) Coordinador del programa: responsable del día a día.

El análisis del Área de servicio debe considerar no sólo el tamaño de la población cubierta sino su distribución geográfica, lo cual determinará la fácil accesibilidad o no al centro. En cuanto al cálculo de actividad prevista debe aplicarse idealmente a partir de cada hospital.

La selección adecuada del tipo de Unidad influye en el éxito inicial de un programa de CMA y esto lleva a dos reflexiones:

- Que en nuestro país la mayoría han comenzado en hospitales ya en funcionamiento con quirófanos adaptados a las necesidades de la cirugía con ingreso.
- La limitación de recursos económicos.

En conclusión, la correcta y minuciosa planificación de todos los aspectos relacionados con el programa inicial antes del comienzo de la actividad clínica es la clave del éxito; sin olvidar el consenso de todos los servicios participantes, los cuales deben definir los criterios de selección de los pacientes, la patología asociada y el entorno social.

¿Cómo se calcula la demanda de una UCSI ?

Depende en gran medida de la demanda de este tipo de cirugía y no es lo mismo su puesta en marcha en un centro ya funcionando que en uno por inaugurar. Podemos calcularlo según:

- a) Población atendida: en un centro hospitalario de nueva creación donde sólo se conoce la población cubierta, se parte del dato estándar de la población: nº de intervenciones al año / población, que es de 80 intervenciones por mil habitantes / año, incluyendo la cirugía menor y de urgencia.
- b) Actividad realizada: según Unidades en pleno funcionamiento, ésta puede llegar a ser de entre el 20-40% de la actividad programada del hospital.
- c) Procesos: si se dispone de un sistema de clasificación de los pacientes (GRD: grupos diagnóstico-relacionados o PMC: patient management categories). Estos sistemas parten de los códigos de los informes de alta codificados según la Clasificación Internacional de

Enfermedades - Modificación Clínica (CIE - 9MC) con más de 12.000 códigos diferentes. Los GRD agrupan las altas en 619 categorías y los PMC en 831.

En general son procesos quirúrgicos de complejidad moderada sin diagnósticos asociados que impliquen comorbilidad.

Así el cálculo depende de dos factores principales:

1.- Tipo de Unidad:

a) Autónoma: debe calcularse el número de quirófanos necesarios.

b) Integrada: aquí debe definirse los recursos compartidos con el centro hospitalario. En el caso de los quirófanos, el tiempo asignado a la cirugía ambulatoria y en el caso de la recuperación postanestésica, definir si toda se hace en la Unidad o "el despertar" se hace junto al bloque quirúrgico.

2.- Horario de funcionamiento: un mayor número de horas funcionando necesita una mayor dotación de personal, medios y quirófanos, todo lo cual permite realizar procesos más complicados o trabajar por la tarde al aumentar el tiempo disponible de recuperación.

a) Quirófanos: si sólo funcionan de mañanas, podrían realizarse 5 ó 6 procedimientos, lo que vendría a contabilizar un volumen entre mil y mil trescientos procesos / año / por quirófano.

b) Puestos de recuperación: su cálculo se realiza teniendo en cuenta que la estancia de los pacientes en la Unidad es inferior al día, siempre dependiendo de la complejidad.

$$\text{N}^{\circ} \text{ de puestos} = \frac{\text{Intervenciones} \times \text{Estancia media}}{\text{Tiempo disponible} \times 85 \%}$$

Siendo el tiempo disponible el horario de funcionamiento de la Unidad y el 85% el porcentaje idóneo de ocupación de los puestos.

1.7. ACREDITACIÓN Y DOCENCIA

Otro punto de interés corresponde a la acreditación de la UCSI o UCMA,^{81,82,83,84,85,86,87} entendiéndose por tal "el proceso por el que de forma voluntaria un centro se somete a una verificación externa dirigida a evaluar el grado de cumplimiento de criterios y estándares establecidos por un órgano independiente, que en función de los resultados emitirá el correspondiente dictamen".

No debe confundirse acreditación con otras actividades como: planificación, clasificación de hospitales en niveles y auditorias contables o asistenciales.

Originalmente los métodos de control de calidad en la atención médica se dividieron en análisis de la estructura, proceso y resultados. Si bien la acreditación de un hospital, instalación, red sanitaria, programa asistencial, etc... se basaba en el análisis de estructura, hoy con el análisis de resultados mediante los indicadores clínicos, la misma acreditación ha pasado a ser un aspecto de calidad integral en la atención médica.

El desarrollo vertiginoso en los últimos años de la CMA y de su acreditación llevan a que además del reconocimiento público, ésta ofrezca a las UCMA beneficios tangibles y no tangibles como:

- Aumentar su eficiencia y reducir costes.
- Nuevas vías de mejora.
- Desarrollar programas de gestión.
- Obtener mayor rendimiento de las inversiones.
- Motivar al personal.
- Establecer relaciones con otros hospitales e instituciones.

El interés por la acreditación lo explican motivos como:

- Mejorar la salud de la población.
- Equilibrio entre prestaciones recibidas y gasto generado.
- Superación de los profesionales.
- Tendencia a la privatización.

Por todo esto surge la pregunta de si es factible y conveniente un sistema único de acreditación que otorgara un certificado válido para todo el mundo con un mismo nivel de

calidad a pesar de las diferencias y similitudes entre las distintas geografías.

A pesar de la popularidad, en nuestro país, la implantación de la CMA es muy baja. Al ser nuestro sistema sanitario fundamentalmente público, la CMA en España es hospitalaria con mayor o menor integración de las Unidades en el hospital. Así pues y en nuestro entorno la acreditación guarda más relación con los programas de acreditación hospitalaria que con los de instalaciones ambulatorias.

Desde el punto de vista estructural, unas instalaciones aptas para cirugía con ingreso son válidas y suficientes para CMA. El factor diferencial entre una y otra es el postoperatorio domiciliario de esta última y ante ello nos encontramos con indefiniciones, lo cual urge a definir unos mínimos funcionales y estructurales, al igual que lo están para los hospitales.

Otra cosa es la obligación de cumplir unas normas que el someterse a una acreditación voluntaria; ambas cosas deseables por una parte, hacen reflexionar sobre a quién corresponde estas tareas y qué papel juegan las sociedades científicas como por ejemplo, en nuestro caso, ASECMA. Grave sería que una organización pública o privada dictara normas o estándares al margen de las sociedades científicas, como que una de éstas

ignorara la experiencia sobre acreditación de las organizaciones dedicadas a ello.

Si clara está la idea de vinculación e interdependencia entre enseñanza y práctica quirúrgica, los cambios asistenciales de los últimos años en "gestión" llevan a la cirugía actual a tener como objetivo su control para disminuir los costos. Si desde el punto de vista científico es positivo, por la búsqueda de una mayor eficiencia y eficacia, para la "docencia" estos cambios han tenido una importante trascendencia porque la enseñanza ha dejado de ser prioritaria con el consiguiente menoscabo del proceso de formación de las especialidades quirúrgicas. La recuperación del equilibrio entre gestores y clínicos creará la necesidad de un cambio en la actitud de profesores y alumnos a la hora de considerar la docencia en las UCMA.

En la enseñanza preclínica el estudiante debe ser introducido en los principios de actividad quirúrgica que rigen la eficiencia y la eficacia proporcionales al costo, trabajando en grupo y aprendiendo de forma multidisciplinaria a resolver los problemas.

En la enseñanza clínica lo fundamental es la relación médico-paciente y lo "negativo" para el estudiante las pocas posibilidades de interrogatorio y exploración física completas al no existir prácticamente estancia preoperatoria. Esto se subsana

con una adecuada rotación de los estudiantes por las consultas externas.

La docencia de la CMA debe incluir:

- Explicación de los criterios en la relación costo / beneficio.
- Estancia en la Unidad y rotación por consultas.
- Conocimiento en habilidades de comunicación con los pacientes.
- Concienciación de trabajar en equipo.
- Participación en los criterios de evolución y alta de los pacientes.

Resulta difícil el control de la calidad docente de una Unidad porque se mezclan el aprendizaje propio de la especialidad con el de la Unidad y no por esto debe disminuir la preparación técnica en el quirófano bajo la adecuada supervisión.

En el menor tiempo posible es necesario establecer, oficialmente, programas de enseñanza de la CMA que acrediten las Unidades ya creadas o en proyecto, recordando que la atención médica es proporcional a la inversión realizada en enseñanza de buena calidad.^{78,79,88,89}

1.8. GESTIÓN Y JURISPRUDENCIA

La GESTIÓN ²⁰ de los pacientes de una UCSI incluye la supervisión administrativa del área quirúrgica y de la documentación clínica.

El ingreso y alta se realizan utilizando la misma tramitación administrativa de un paciente hospitalizado, con solicitud de ingreso firmada por un facultativo y el consentimiento firmado por el paciente para el ingreso y/o intervención, figurando datos como: n° seguridad social e historia clínica, nombre y apellidos, DNI, sexo, fecha de nacimiento, residencia, domicilio, código postal y teléfono (conjunto mínimo básico de datos: CMBD)

Los datos de la actividad quirúrgica imprescindibles son: programación, cirujanos, anestesiólogo, quirófano utilizado, orden, tipo de anestesia, hora de entrada y salida de quirófano, hora de inicio y fin de la intervención, procedimiento e intervención, diagnóstico postoperatorio y pruebas intraoperatorias (sangre, rayos, ...).

En el informe de alta deben constar los siguientes datos: identificación, localización y atención al paciente, a rellenar por Admisión; y los datos de diagnóstico, procedimiento realizado, servicio y médico responsable del alta, fecha, hora y lugar de

revisión, forma de proceder en caso de complicaciones, medicación pautada, firma del médico y hora del alta, todo ello a rellenar por el personal facultativo.

La codificación clínica de las altas es realizada por la unidad de codificación de la sección de Documentación clínica, utilizando para ello el método de clasificación internacional de la OMS (CIE-9 MC), basado en más de 12.000 códigos clasificados en categorías más reducidas según grupos homogéneos^{29,30}.

Se define **coste** como la medida de consumo realizada para obtener un producto o servicio. Con frecuencia se utilizan los términos de **coste** y **gasto** como sinónimos, pero son diferentes ya que el primero se refiere al ámbito interno de la organización, mientras que el segundo está relacionado con el entorno de la misma. Así pues, al adquirir un producto se produce un gasto pero si no se incorpora al proceso no crea un coste.

Podemos distinguir tres tipos de costes:

- 1) **Tangibles directos:** son el valor de la actividad operativa del sector.
- 2) **Tangibles indirectos:** suelen traducir los días laborables perdidos.

3) **Intangibles:** son los efectos psíquicos de pacientes, familiares y sociedad, siendo éstos los más difíciles de cuantificar.

Un error frecuente es considerar como patrón contable de la actividad el binomio coste / estancia, mientras que es la utilización del área quirúrgica, la cual implica gran y variada cantidad de personal y fungible consumido en cada intervención, la unidad de medida más representativa de la misma.

El proceso de contabilidad analítica se basa en la concepción del hospital como un CENTRO de COSTE, entendido como grupo de medios que viven para un mismo fin y dotado de recursos humanos, económicos y materiales. El grupo funcional homogéneo es la unidad más pequeña que trabaja con objetivos propios, agrupándose en servicios funcionales que pueden ser: finales, intermedios (laboratorio, rayos, mantenimiento, ...) y estructurales (Dirección, Medicina preventiva ,...).

Los **costes tangibles directos** se calculan sumando los costes fijos y las variables de la asistencia, exigiéndose para los costes fijos de cada acto quirúrgico los **8** grandes costes generales:

- **Coste 1:** coste derivado de quirófano.
- **Coste 2:** coste derivado de hospitalización.

- **Coste 3:** coste derivado de personal de servicio.
- **Coste 4:** coste derivado de consultas externas.
- **Coste 5:** coste de servicios estructurales.
- **Coste 6:** coste de laboratorios.
- **Coste 7:** coste de radiología.
- **Coste 8:** coste de admisión y documentación clínica.

Los **costes variables** que más repercuten son los gastos de farmacia y los de quirófano (prótesis, amortización de equipos, ...).

Según sean los hospitales, cada uno de los costes es diferente, siendo lo concluyente y constante que el más alto de los 8 es con diferencia el de la relación existente entre **coste / minuto de quirófano**.

En otro orden de cosas, la adquisición de nueva tecnología supone una **inversión** y ésta hay que cuestionarla, económicamente, como óptima o por lo menos positiva. Se define **invertir** como el acto que cambia una satisfacción inmediata y cierta a la cual se renuncia por una esperanza que se adquiere, participando los siguientes elementos:

- 1) El sujeto que interviene: **hospital**.

- 2) El objeto: **ahorro** de costes indirectos e intangibles.
- 3) El **coste** que supone la puesta en marcha de la cirugía ambulatoria.
- 4) La respuesta obtenida por el hospital: **mejoras económicas y asistenciales.**

Se entiende por **rentabilidad** de un proyecto la capacidad de producir rendimientos, rentas y beneficios. Se mide con el valor actual neto o valor capital que es igual a la diferencia entre el valor actualizado de ingresos esperados y el valor actualizado de los pagos previstos. Para calcular los ingresos, debido al sistema presupuestario, hay que cambiar activo por pasivo.

Los parámetros que se utilizan para valorar económicamente una UCSI son:

- Coste de la intervención.
- Costes generales de los servicios clínicos.
- Costes informáticos.
- Resultado clínico.
- Trasvase de gastos a la familia (visitas, desplazamientos, ...)

- Ahorro de costes por estancias evitadas, calculando, según un "porcentaje de ambulatorización", el índice de ocupación del centro entre las estancias y las camas ahorradas. Los gastos que se consideran variables con la estancia son:

- Costes de personal: al no funcionar ni en turno de noche ni los festivos, las necesidades de enfermería son mucho menores y no hay repercusión sobre la necesidad de médicos.
- Costes de comida: cada estancia evitada ahorra el coste de una pensión completa.

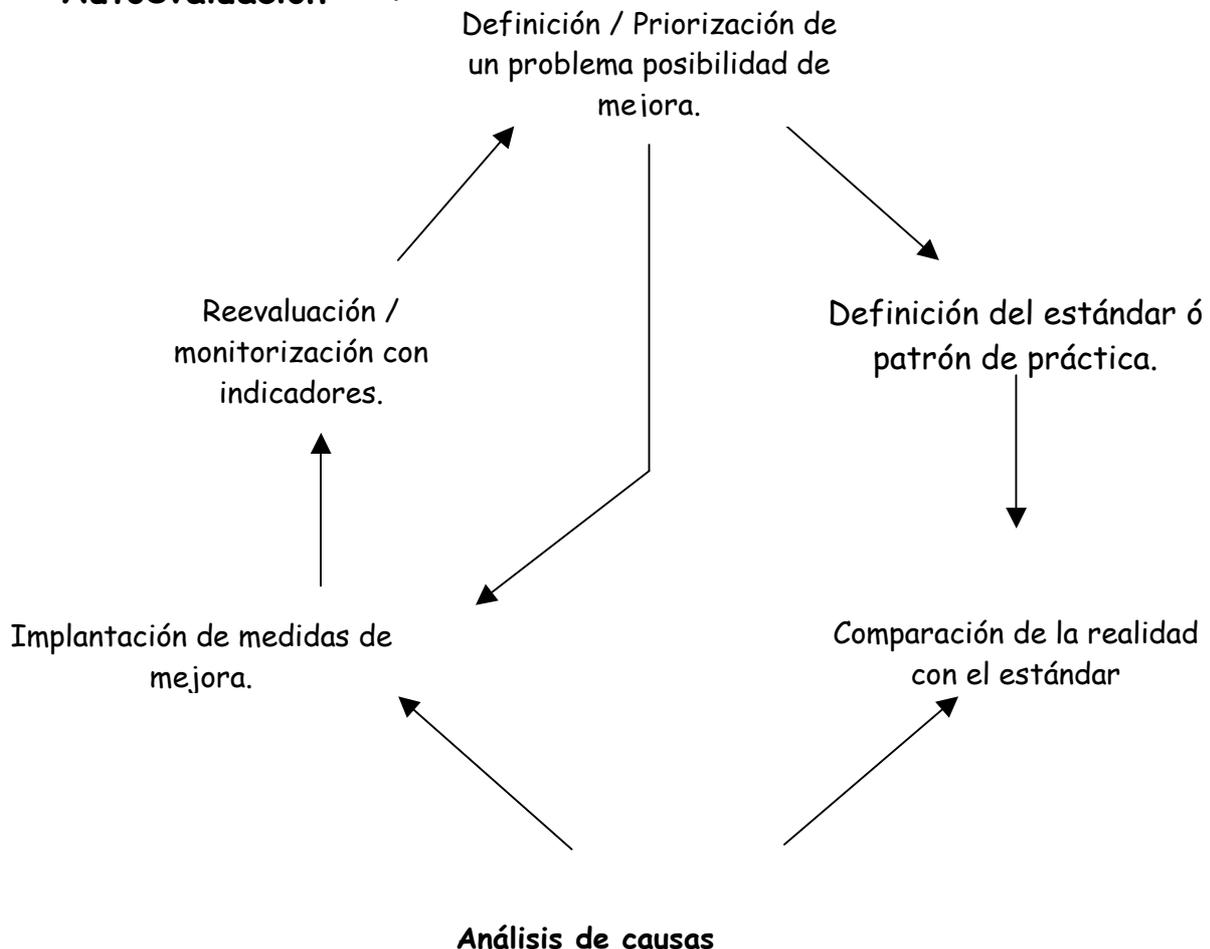
Demostrado el hecho de que este tipo de cirugía produce un **menor coste económico y una mayor actividad** con los mismos recursos, uno de los mayores motivos de preocupación es la calidad asistencial, ya que este ahorro sería estéril si una peor calidad generara costes no medidos en forma de reingresos o complicaciones como infecciones de herida, los llamados **costes de no calidad** ^{31,32,33}.

El control de calidad se basa en técnicas de monitorización y control estadístico de procesos. En la actualidad los modelos de calidad se basan en la mejora continua de calidad o **calidad total**,

cuyo objetivo es conseguir mejoras progresivas de calidad para alcanzar "cero defectos".

Los círculos de calidad consisten en un grupo de trabajo formado por profesionales voluntarios, orientado a sugerir y solucionar los problemas propios del trabajo. No sólo persiguen *mejorar* la calidad de la asistencia, sino que además alcanzan un *mayor grado* de satisfacción y participación de los trabajadores y son una *herramienta* importante de motivación de los profesionales.

La metodología de cualquier programa de mejora de la calidad debe seguir los pasos del llamado "**Ciclo de Autoevaluación**" ³⁴:



Desde hace años, lo básico en el cambio asistencial es el concepto de gestión, que en medicina privada equivale a tener mayores ganancias y que en la pública supone disminuir los costos y controlar la gestión, siendo positivos aspectos de eficiencia, eficacia y aceptabilidad; pero en el terreno de la "enseñanza", dentro de la llamada medicina gestionada, ésta no es lo prioritario sino que se ha transformado en un centro de coste.

Este hecho obliga a restablecer el equilibrio entre clínicos y administradores para alcanzar la proporción entre calidad de un servicio y enseñanza que se ofrece.^{78,79}

Desde 1.990, las UCSI vienen demostrando dentro del sector público su eficiencia y calidad, el impulso inicial fue el presumible beneficio clínico en cuanto a que la mejor calidad asistencial fuera real y percibida por los pacientes.

El obtener resultados superponibles o aún mejores en los pacientes operados de forma ambulatoria que cuando éstos lo hacían ingresando, era la condición fundamental para consolidar el proyecto de un programa de CMA.

Ambos puntos y desde el principio no escaparon a los gestores sanitarios, que entusiasmados por la idea de obtener mejoras en la calidad, vieron en el desarrollo de este tipo de cirugía la consecución de ahorros económicos y de recursos tanto humanos como materiales.

Por último, hacer referencia al progresivo aumento de la conflictividad entre profesionales sanitarios y pacientes, la cual nos lleva a la pregunta que tanto médicos y juristas como pacientes se hacen: ¿esto no llevará a realizar una "medicina defensiva" que proteja al médico y no mejore la relación médico-paciente, pero si busque la mejora en los métodos diagnósticos y en los tratamientos médico-quirúrgicos?

En este marco ha cogido auge la responsabilidad civil por especialidades médicas⁸⁰ y la pregunta-duda de que si la práctica médica debe ser una actividad de medios y diligencia o por el contrario debe ser una actividad de resultados. Todo ello nos conduce a la necesidad de distinguir, jurisprudencialmente, entre medicina curativa y no curativa.

La primera se refiere a especialidades que tienen como fin la curación directa del paciente que no obliga a un resultado determinado pero si compromete a utilizar todos los medios disponibles para rehabilitar su salud. Sería el caso de especialidades como cirugía, oftalmología, traumatología, medicina interna, ...

La segunda engloba a aquellas especialidades (radiología, análisis clínicos, ...), en general, analíticas cuya finalidad no es la curación directa sino el medio para lograr esta finalidad.

Proporcionan y facilitan mediante procedimientos técnicos al paciente o a otros profesionales unos resultados analíticos que permitan establecer un diagnóstico más certero.

Los aspectos legales y la jurisprudencia no se escapan a la modalidad de la CMA y en este sentido, la seguridad y la exigencia del método hacen que la cualificación del quirúrgico y anestesiólogo sea la de expertos.

Son desaconsejables actividades quirúrgicas ambulatorias que no cuenten con un programa concreto y una infraestructura adecuada, dado que no cumplen los requisitos mínimos de control de riesgo para los profesionales y el propio hospital.

La diferencia fundamental entre cirugía con y sin ingreso radica en que el postoperatorio el paciente lo hace en su domicilio y no en el centro; esta circunstancia obliga a plantearse este período y a prever cualquier posible complicación que pueda ocurrir durante el mismo. Dejar claro que ante cualquier complicación acaecida en el postoperatorio, **no dar de alta al paciente a su domicilio**, evitando de esta forma el fracaso del programa quirúrgico ambulatorio.

Decir que la relación entre aspectos legales y disciplinas médicas han de estar unidos a un análisis de responsabilidad de los profesionales, cuyos elementos hacen referencia a cuatro aspectos:

- Actuación antijurídica. El desempeño legal de la profesión exime al médico cuando se persigue el fin, o sea, la salud, pero exige el consentimiento previo del enfermo.
- Voluntariedad o culpa.
- Evidencia del daño producido.
- Relación de causalidad entre la acción u omisión y el daño producido.

Para terminar y bajo el esquema teórico de la relación médico-paciente basado en que el enfermo acude al hospital o profesional sanitario y consigue la curación de su dolencia, resulta claro que el profesional se ve obligado a conseguir un resultado favorable y positivo, lo que es del todo incompatible con la inexactitud de la ciencia médica.

HIPÓTESIS DE TRABAJO. OBJETIVOS

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO. OBJETIVOS

2.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

La Cirugía Mayor Ambulatoria es una manera de hacer cirugía con una importante repercusión social y económica.

Los factores tanto anestésicos, que han evolucionado y mejorado en los últimos años, como las técnicas quirúrgicas, más depuradas, han permitido grandes cambios dentro de la cirugía.

Junto a los avances técnicos y tecnológicos acontecidos en las áreas de Anestesia-Reanimación y Cirugía se ha producido también un cambio en la actitud de los profesionales, quienes se

han visto estimulados a valorar nuevas formas de actuación, presentando su actitud y actividad una positiva influencia en la economía de la sanidad y sobre todo que los cambios efectuados nos permitirán tener un mayor bienestar del paciente.

Esta forma de hacer cirugía debe permitirnos al menos obtener los mismos resultados que con la cirugía tradicional pero con una serie de ventajas tales como evitar las infecciones nosocomiales y alteraciones psicológicas como la ansiedad, soledad o falta de apoyo familiar.

En cuanto a la patología a tratar esta ocupa un lugar preferente en las listas de espera tanto en su número como en su variedad, siendo muchos los pacientes afectos con estas patologías los beneficiarios de esta modalidad quirúrgica.

Como condicionantes previos se pueden asumir el sexo y la edad de los pacientes así como el tiempo de evolución de la propia patología en sí o de patologías sobreañadidas. También juega un papel importante la situación particular de cada enfermo ya que son necesarios unos mínimos requisitos como el disponer de teléfono, vivienda en condiciones, vehículo para su transporte y vivir a menos de media hora de distancia del hospital. Todo ello nos permitirá realizar una correcta indicación del tratamiento quirúrgico.

En nuestro país se puso en práctica esta forma de hacer cirugía hace poco menos de una década y no todos los hospitales aceptan esta forma de realizarla. Esto unido a las escasas publicaciones existentes sobre las unidades de cirugía sin ingreso puestas en marcha, **referidas únicamente a Cirugía General**, y que además valoren los tratamientos y resultados a medio y largo plazo, así como su impacto en los servicios de cirugía en cuanto al cambio de cirugía y rotación, constituyen las premisas a partir de las cuales determinamos nuestra **hipótesis de trabajo**.

Si un Servicio de Cirugía de un hospital medio puede realizar con buenos resultados esta cirugía, quiere decir que es posible implantar esta forma de hacer cirugía en todos los hospitales. Además, se puede incrementar poco a poco el área de actuación de estas unidades y aumentar la patología que se beneficiará de esta práctica quirúrgica.

En definitiva esta cirugía debe ir dirigida a:

- a) Liberalizar y permitir una menor rigurosidad en los criterios de inclusión, consiguiendo que sólo esté contraindicada en los pacientes ASA III descompensados y ASA IV.

- b) Aumentar el grado de satisfacción del paciente tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio.
- c) El gran reto que significa la gestión del modelo postoperatorio.

Así pues, los objetivos que buscamos parten de adecuados criterios de selección para conseguir resultados comparables a la cirugía con ingreso hospitalario y lograr las ventajas adicionales ya comentadas.

2.2. OBJETIVOS

En consecuencia planteamos lo siguientes objetivos:

- 1) Analizar los resultados tanto inmediatos como a medio plazo del tratamiento quirúrgico en las patologías seleccionadas.
- 2) Valorar el impacto de esta forma de hacer cirugía en el conjunto de un Servicio de Cirugía General.
- 3) Objetivar la posibilidad de realizar un mayor control del gasto sanitario sin disminuir la calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

3. MATERIAL Y MÉTODOS

El Área de Salud nº 5, cuya asistencia especializada se encuentra asignada al hospital Arnau de Vilanova de Valencia comprende un territorio de 2.237 kilómetros cuadrados, que se extiende por el noroeste de la provincia de Valencia, con un total de cincuenta y dos núcleos de población situados en torno al eje viario Valencia-Ademuz.

Por el extremo oriental y en dirección oeste se encuentran las comarcas de L´Horta nord i oest, Camp de Tùria, Los Serranos y el Rincón de Ademuz. Completan esta demarcación Beniferri, Benimaclet y Massarrojos, incluidos en el término municipal de la ciudad de Valencia.

El Área nº 5 es un territorio poblacional y geográficamente hablando un contraste de paisajes, climatología y densidad de población.

Desde el interior peninsular del Rincón de Ademuz hasta las zonas costeras de las poblaciones de L´horta nord i oest, lo cual, a su vez, contrasta con la población urbana del cinturón de la capital y la población claramente rural de Los Serranos y Ademuz.

Los cuarenta y cuatro municipios del Área están agrupados en diecisiete zonas de salud con realidades demográficas muy dispares debido a la gran dispersión territorial de la zona oeste.

Aproximadamente el total de habitantes del área es de unos 280.000 habitantes.

En 1.996 comienza la puesta en marcha de la UCSI en nuestro hospital como una Unidad Integrada y Controlada por el Servicio de Cirugía General compartiendo sala, quirófanos y personal, aunque con cierto funcionamiento autónomo.

No es una "verdadera" Unidad, en el concepto extenso, completo y definido por los tipos de Unidades, pero sí una oferta quirúrgica más al paciente por parte del Servicio de Cirugía General.

La Unidad está formada por cinco cirujanos y un sexto de forma alternante, no teniendo ninguno de ellos dedicación completa y exclusiva a la misma, pues todos ellos desarrollan, junto al resto de compañeros del servicio, otras actividades como guardias, consultas, sesiones clínicas, quirófanos programados,...

Su actividad quirúrgica se desarrolla en horario de mañana en los quirófanos de la primera planta, y durante cuatro días a la semana (ESQUEMA 1), compartiendo personal y medios con el resto de servicios quirúrgicos del hospital. En cuanto al servicio de Anestesia-Reanimación el médico NO es fijo a la Unidad

siendo rotatorio en función de la sistemática, programación y organización de su servicio, y de la patología a tratar.

ESQUEMA 1:

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Quirófano 2	UCSI	USCI	C. General	UCSI	UCSI
Quirófano 3	C.G y/o Lap.	C.G. y/o Lap.	C.G y/o Lap.	C.G. y/o Lap.	C.G. y/o Lap.
Quirófano 6	C. General	A. Local	C. General	A. Local	A. Local

La Unidad se encuentra ubicada en la primera planta del hospital en un ala señalizada y que indica en su salida la situación de la sala para los servicios de Cirugía, Oftalmología y Ginecología.

Ocupa el ala izquierda de la planta disponiendo de sala de espera y dos habitaciones con tres boxes cada una, dotadas de aseo y con sillones para el acompañante.

Los pacientes se incluyen en este programa de cirugía sin ingreso vía Consultas Externas, centro de Especialidades e Interconsultas. Una vez seleccionados, tras un estudio preoperatorio, son revisados y protocolizados en la consulta por

un equipo médico-quirúrgico, pasando a continuación a la consulta de Anestesia.

Es el cirujano quien explica al paciente y/o familiares el proceso concertado, hace la valoración clínica y pide la aceptación por escrito, firmando el consentimiento informado. (ANEXO I)

El protocolo del estudio preoperatorio incluye (ANEXO II):

a) Pacientes sanos:

- Menores de 40 años:

- Hematimetría.
- Bioquímica.
- Coagulación

- Entre 40 y 55 años:

- Lo mismo que antes más ECG.

- Mayores de 55 años:

- A lo de los dos grupos anteriores se añade Rx tórax.

b) Pacientes con patología asociada:

- Todo lo anterior más las pruebas especiales y específicas según la enfermedad.

Una vez validados los pacientes para el programa, el Servicio de Cirugía planifica su actividad y los cita.

Los pacientes son seleccionados atendiendo a:

3.1. CRITERIOS QUIRÚRGICOS

- Dado que seguridad y calidad asistencial no son sinónimo de hospitalización, será el cirujano quien sienta la indicación quirúrgica de la patología a ser realizada por este tipo de cirugía, la cual no debe ser excesivamente compleja, realizable en un tiempo no superior a 2 horas, no necesitar importantes cuidados postoperatorios, no sangrado u otras complicaciones postoperatorias, además de que el dolor puede ser controlado con medicación oral en el domicilio del paciente.

- Las patologías a incluir son:

A) Pared abdominal:

Hernias inguino-cruales.

Hernias ventrales primarias y recidivadas < de 5 cm.

B) Coloproctología:

Fisura anal.

Fístulas simples anal y perianal.

Sinus pilonidal.

C) Mama:

Ginecomastias.

D) Partes blandas:

Tumoraciones de más de 7-8 cm. de diámetro y/o multicéntricas.

E) Vascular:

Varices.

Todos estos procedimientos quedan definidos dentro del nivel II de la clasificación de Davis (1.987), que dice:

- Nivel I: procedimientos realizados en Consultas Externas con Anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios especiales (cirugía menor).
- Nivel II: procedimientos de cirugía menor que requieren cuidados postoperatorios específicos sin ingreso hospitalario (CMA).
- Nivel III: cirugía que necesita hospitalización.

- Nivel IV: cirugía que precisa de cuidados muy especializados o críticos

3.2. CRITERIOS MÉDICOS:

- No variar la calidad asistencial del paciente.
- Se consideran aptos los pacientes ASA I, II, incluso los III con patología asociada estable en el momento de la intervención y IV no descompensados.

La edad, en nuestra Unidad se ha establecido entre los 15 y los 90 años, sin ser de limitación estricta considera que los pacientes con patología asociada descompensada y/o situación social difícil contraindican la práctica de esta modalidad quirúrgica.

3.3. CRITERIOS ANESTÉSICOS en base a:

- **PATOLOGÍAS** asociadas o **DEFICIENCIAS** físicas y psíquicas.
- **CLASIFICACIÓN** de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA):

- ◆ ASA I: paciente sano.
- ◆ ASA II: paciente con enfermedad sistémica leve que no limita su actividad. Por ejemplo: HTA leve, Diabetes mellitus controlada con dieta,..
- ◆ ASA III: paciente con enfermedad sistémica grave que limita su actividad pero no es incapacitante. Por ejemplo: Angina de pecho, Diabetes mellitus insulino-dependiente, obesidad mórbida o insuficiencia respiratoria.
- ◆ ASA IV: paciente con enfermedad sistémica grave, incapacitante y con amenaza constante para la vida. Por ejemplo: Insuficiencia cardiaca, hepática, renal o endocrina avanzada.
- ◆ ASA V: paciente moribundo cuya supervivencia probablemente no supere las 24 horas con o sin intervención. Por ejemplo: rotura de aneurisma aórtico.
- ◆ U: si la intervención es urgente se añade la letra "u" de urgencia al estado físico previamente definido

En general son aceptados los pacientes ASA I, II y III valorándose con precaución los ASA IV no descompensados.

3.4. CRITERIOS PERSONALES:

- Aceptación del propio paciente de ser incluido en un programa de CMA tras una detallada información.
- Relación médico-paciente más directa y mejor controlada.
- Una mayor satisfacción del paciente.
- Responder a las inquietudes de los pacientes ya que estos demandan una atención cada vez más rápida, ágil, eficaz y personal.
- Deben entender las órdenes pre y postoperatorias, y ser capaces de asumir las molestias y el dolor leve-moderado post-intervención con la medicación oral pautada en su domicilio.
- Por último, aspectos puntuales como una participación voluntaria en el proceso, que sea cooperador y la edad (más biológica que cronológica) resultan clave para ser incluidos en el programa de CMA.

3.5. SOCIO-FAMILIARES

El paciente debe:

- Tener una persona adulta, capaz y responsable, para atenderlo en su domicilio durante las primeras 24 - 48 horas después de la intervención.
- Es aconsejable que este acompañante reciba la misma información que el paciente, tanto oral como escrita, sobre el procedimiento a realizar y sobre todo entender y asumir las instrucciones post-alta, dejando constancia firmada de ello.
- Disponer de teléfono y ascensor, a ser posible, en su domicilio. Este debe reunir las condiciones básicas de higiene y salubridad junto a un cierto grado de confort, necesarios para el momento del retorno en el postoperatorio inmediato.
- El tiempo para llegar desde su domicilio a la Unidad o al Servicio de Urgencias del hospital en vehículo convencional debe estar en torno a los 30-60 minutos o hallarse a una distancia de entre 45 y 60 kilómetros.

El hecho de tratarse de normas generales obliga a la valoración particular de cada caso o situación que se nos pueda presentar antes de decidir la **exclusión definitiva** del programa de CMA.

De la misma manera el hecho concreto de la obesidad que si bien, un aumento del 30% sobre el peso ideal, supone de forma orientativa el incremento de un grado en la clasificación de la ASA, debe ser valorado individualmente en cada paciente ⁴⁹.

La imposibilidad de satisfacer estos criterios conlleva a la no inclusión del paciente en un programa de CMA.

3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En relación con las contraindicaciones anestésicas, las cuales podemos dividir en dos grupos:

1.- ABSOLUTAS:

- Retraso mental profundo, sobre todo si no se dispone de una correcta atención domiciliaria.
- Infección de vías respiratorias superiores.
- Temperatura superior a 38° C.
- Pacientes en shock.

- Cardiopatía isquémica con dolor.
- Anticoagulación oral.
- No disponibilidad de un adulto responsable para la adecuada atención pre y postoperatoria del paciente.

2.- RELATIVAS O PARCIALES:

- Infección de vías respiratorias altas.
- Pacientes muy obesos.
- Asmáticos mal controlados.
- Anemias graves.
- Personas con patologías múltiples.
- Distancia y tiempo excesivos al domicilio del paciente.

Además de lo comentado existen determinados pacientes, que es recomendable excluir de la CMA, como son:

- Drogodependientes: por las características intrínsecas de ellos y de su entorno.
- Psiquiátricos: por su labilidad psico-social.

No obstante estos pacientes deben ser valorados individualmente para decidir si son o no incluidos en el programa ambulatorio de cirugía.

- Los pacientes que después de las explicaciones oportunas demuestren cualquier tipo de reserva respecto al método ambulatorio. Todos ellos deben serlo de forma absoluta.

Así resulta imprescindible que el paciente crea en el método y esté convencido, tras una correcta y adecuada información, de que esta modalidad quirúrgica es la mejor forma de tratar su patología y para ello debe mostrar una actitud positiva.

Tras la selección del paciente los enfermos son citados por teléfono para el día y hora de su presentación en la Unidad.

El **día de la intervención** los pacientes acuden de forma escalonada según la hora programada para la intervención evitando así esperas innecesarias.

Deben presentarse en ayunas, duchados, sin prótesis ni joyas, con su medicación habitual y acompañados de un adulto responsable con vehículo propio.

En la Unidad son atendidos por personal sanitario que les indica como prepararse adecuadamente. Procediendo al repaso de los datos personales y de la historia clínica, toma de constantes, estado actual y preparación del campo quirúrgico.

La fase intraoperatoria o fase I es aquella en la que el paciente es operado y regresa a la Unidad, tras permanecer el tiempo adecuado en la URPA.

La postoperatoria o fase II abarca desde que el paciente recupera sus reflejos vitales (despierto y orientado) hasta que recibe el ALTA.

Tras la intervención quirúrgica el paciente es trasladado a la URPA donde es controlado por el médico anestesista y personal de enfermería hasta la recuperación anestésica, estabilidad hemodinámica, ausencia de signos de depresión respiratoria y sangrado.

En la URPA se lleva a cabo un exhaustivo control para disminuir la morbi-mortalidad mediante:

- Control de la función cardio-respiratoria.
- Control del grado de reversión del bloqueo neuromuscular.
- Control del grado de recuperación del nivel de conciencia.

- Tratamiento de las posibles alteraciones postquirúrgicas:
 - Dolor postoperatorio.
 - Náuseas y vómitos.
 - Depresión respiratoria.
 - Patología vascular.

3.7. CRITERIOS DE ALTA

En la URPA son:

- Recuperación de la conciencia y de los reflejos de las vías aéreas superiores.
- Ausencia de dolor, náuseas-vómitos, sangrado u otras complicaciones.
- Estabilidad hemodinámica y respiratoria, atendiendo a la siguiente puntuación según la Escala de recuperación de Aldrete²⁸:
 - CONCIENCIA:
 - 2 = consciente.
 - 1 = responde si se le llama .
 - 0 = no responde.

- RESPIRACION:
 - 2 = respira y tose.
 - 1 = disnea o respiración limitada.
 - 0 = apneico.

- CIRCULACION:
 - 2 = T.A. +/- 20% de preanestesia.
 - 1 = T.A. +/- 20 -50% de preanestesia.
 - 0 = T.A. +/- 50% de preanestesia.

- CALOR:
 - 2 = rosado.
 - 1 = pálido, lívido o moteado.
 - 0 = cianótico.

- ACTIVIDAD:
 - 2 = capaz de mover cuatro extremidades.
 - 1 = capaz de mover dos extremidades.
 - 0 = incapaz de moverse.

En la Anestesia Local-General:

- Recuperación de la capacidad motora.

- Recuperación de la capacidad sensitiva.
- Tensión arterial estable sin agentes vasopresores.

Por último, firma del alta médica y de enfermería en las hojas de reanimación y de control de la Unidad, reseñando las consideraciones especiales si las hubiera.

Ya en el box de la Unidad, tras ser dado de alta en la URPA, se inicia su **readaptación al medio** permaneciendo hasta su total recuperación, siendo el objetivo de este período prepararlo para el alta a su domicilio.

El personal de enfermería y facultativo verifica que la escala de Aldrete sea de 10, realizando el control de las constantes vitales, revisando la evolución durante la anestesia, cirugía y estancia en la URPA, así como las órdenes de tratamiento.

En su readaptación al medio debemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Presencia de una persona responsable que cuide y vigile al paciente.
- Movilidad: al cabo de 1 hora se reincorpora a la cama y si no hay vértigos o mareos se pasa al sillón, iniciándose la deambulación cuando se

encuentre despejado y tolere la alimentación por vía oral.

- Dieta: oral de líquidos claros (agua, infusiones,...) tras 1-2 horas, valorándose pasados 30 minutos la aparición de náuseas y/o vómitos.
- Vía venosa: se retira al tolerar dieta oral y deambular.
- Tratamientos específicos: además de los generales, comunes a todos los pacientes, debemos prestar atención a los aspectos propiamente quirúrgicos de la intervención (sangrado y dolor).
- Tiempo de estancia: según intervención y de la particular evolución de cada paciente.

Para que el paciente pueda ser dado de ALTA de la Unidad a su domicilio es necesario que se cumplan las siguientes condiciones clínicas:

- Constantes hemodinámicas estables.
- Orientación temporo-espacial.
- Ausencia de signos de depresión respiratoria.

- Capacidad para vestirse y deambular con relativa ayuda.
- Ausencia de dolor o dolor moderado y controlable.
- Ausencia o mínimo sangrado de la herida.
- Ausencia de náuseas y vómitos.
- Buena tolerancia.
- Diuresis espontánea.

Antes de su salida del hospital y volver a su domicilio a todo paciente se le facilita (ANEXO III):

- Epicrisis.
- Fecha, hora y lugar de la primera visita o cura.
- Folleto informativo sobre cuidados postoperatorios:
 - Reposo relativo durante las primeras 24 horas.
 - No fumar hasta 12-24 horas del alta.
- En las 48 horas siguientes:
 - No ingerir bebidas alcohólicas.
 - No conducir ni utilizar maquinaria alguna.
 - No realizar actividades peligrosas.

- Teléfono de contacto durante 24 horas al día, para posibles dudas, complicaciones o sugerencias.
- Se le entrega citación para que acuda a revisión en consultas Externas a los 7 días.

Por último, control domiciliario realizado telefónicamente (ANEXO IV) desde la Unidad, a las 6-8 horas siguientes de la intervención para conocer las posibles complicaciones, así como la eficacia de la medicación pautada en cada caso.

El diseñar un circuito de atención al paciente, tras su ALTA, resulta clave en el éxito de este tipo de cirugía y ello se puede estructurar en dos apartados:

1) Asistencia convencional: se realiza una llamada telefónica al domicilio del paciente durante las primeras 24 horas, en la tarde-noche del mismo día. De esta manera se consigue:

- Mayor tranquilidad y confianza del paciente.
- Fácil contacto del paciente con la Unidad ante las posibles urgencias, dudas o problemas menores.
- Detección precoz de problemas.

- Comprobar el entendimiento y seguimiento de las instrucciones dadas al paciente en el momento del alta.

Todo lo descrito produce un mayor bienestar y satisfacción del paciente, reduciendo los ingresos no programados; más tarde, y si no hay incidencias, al paciente se le remite a Consultas Externas para su control y seguimiento.

2) Asistencia en situaciones especiales:

- De Urgencia: para aquellos casos que necesiten una solución rápida pero no de emergencia, el paciente dispone de una línea telefónica específica y atendida por un médico de la Unidad, quien a través de la misma puede resolverla o ante la aparición de sintomatología remitirlo al Servicio de Urgencias del hospital o recurrir a las Unidades de hospitalización domiciliaria (U.H.D).
- De Emergencia: con peligro vital deben ser atendidas en los servicios de urgencia hospitalarios.

Finalmente añadir que la rápida vuelta del paciente a su domicilio no supone traspasar la responsabilidad del mismo a los equipos de Atención Primaria, ya que la actividad desarrollada es claramente hospitalaria. No obstante, los pacientes consultan con sus médicos generales, sobre todo por el dolor y ello obliga al centro hospitalario a mantener una fluida comunicación e información con ellos.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

De los estudios realizados a la actividad de la Unidad desde su puesta en marcha en 1996 se obtienen los siguientes resultados:

4.1. AÑO 1.996

En Consultas Externas fueron citados **728** pacientes de los cuales **51** no se presentaron, realizándose **677** primeras visitas y de ellas **544** pasaron al programa quirúrgico y el resto, **133**, NO debido a las siguientes causas:

- ❖ Ya operados **21**.
- ❖ Nueva revisión **4**.
- ❖ Exitus **1**.
- ❖ No patología **14**.
- ❖ No quieren **8**.
- ❖ No acepta U.C.S.I. **5**.
- ❖ No puede ahora **14**.
- ❖ No procede por (**66**):
 - Pasar a A. Local **14**.

- Cardiopatía **9**.
- Neuropatía **3**.
- Técnica compleja **14**.
- Hemopatía **2**.
- Neumopatía **3**.
- Patología social **4**.
- Enfermedad metacrónica **1**.
- Pasa a A. General **1** (por divertículo de Meckel).
- Ser rechazados por Anestesia **9**.
- No especificados **6**.

De los **544** pacientes intervenidos, **390** fueron hombres (71,6 %) y **154** mujeres (28,3 %) de las siguientes edades (GRÁFICO 1):

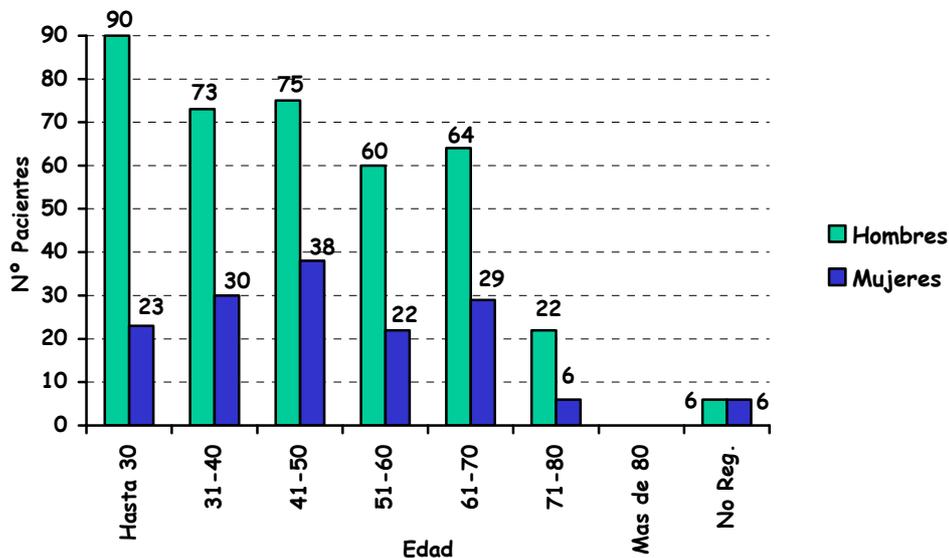
❖ **Hombres:**

- Hasta 30 años: **90**.
- De 31 a 40 años: **73**.
- De 41 a 50 años: **75**.
- De 51 a 60 años: **60**.
- De 61 a 70 años: **64**.
- De 71 a 80 años: **22**.
- Más de 80 años: **0**.
- No registrado: **6**.

❖ Mujeres:

- Hasta 30 años : 23.
- De 31 a 40 años: 30.
- De 41 a 50 años: 38.
- De 51 a 60 años: 22.
- De 61 a 70 años : 29.
- De 71 a 80 años: 6.
- Más de 80 años: 0.
- No registrado: 6.

GRÁFICO 1. Sexo por Edades



y como **patologías asociadas** (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Alergias, Obstrucción crónica al flujo aéreo, Cardiopatías, Obesidad, Medicación y Cirugía previa):

- Sin antecedentes **414** pacientes, el 76,1 %.
- Con antecedentes **130** pacientes, el 23,8 %, de los cuales **74** (56,9%) tienen dos o más patologías asociadas y **56** (43,1%) sólo cirugía previa.

La **valoración** según la Clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) fue:

- ASA I : **392** (72,1 %).
- ASA II : **130** (23,9 %).
- ASA III : **18** (3,3 %).
- ASA IV no descompensados : **4** (0,7 %).
- ASA V : **0** (0 %).

La **actividad programada** en quirófanos fue de **553** pacientes:

- **9** de ellos fueron cancelados por Anestesia el día de la intervención por fiebre, síndrome gripal y cuadro faringo-amigdalario o bronquítico.
- **544**: en éstos se utilizó la siguiente técnica anestésica:
 - General: **4** (0,7 %).
 - General + Infiltración Local: **504** (92,6 %).

- Local: **34** (6,3 %).
- Local + Sedación : **1** (0,2 %).
- Local + Intubación : **1** (0,2 %). Sólo un caso por mala saturación de oxígeno.

Los procedimientos quirúrgicos (*GRÁFICO 2*) se agruparon en:

- Pared Abdominal (*GRÁFICO 2.1*).
- Coloproctología (*GRÁFICO 2.2*).
- Tumores de partes blandas.
- Varices.
- FAV.
- Otros.

GRÁFICO 2. Procedimientos quirúrgicos sin ingreso

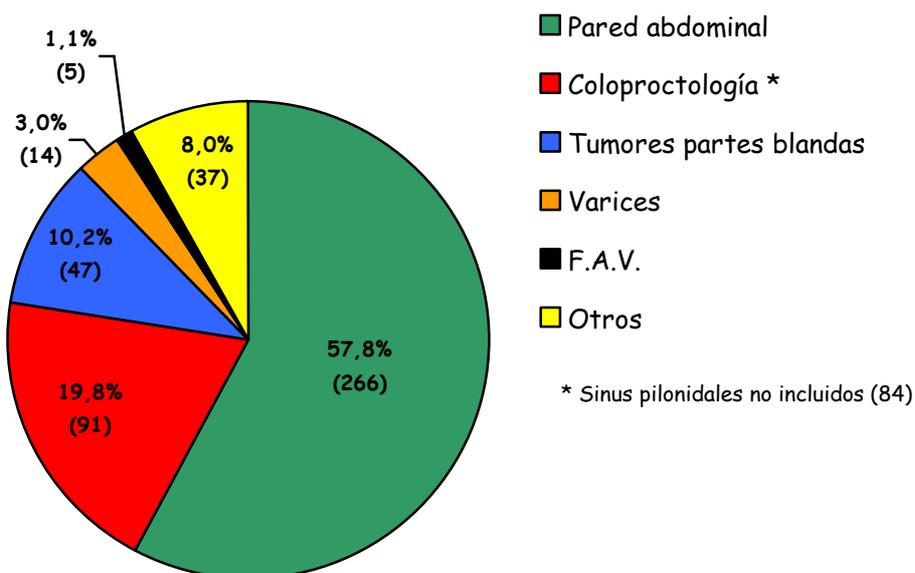


GRÁFICO 2.1. Pared abdominal

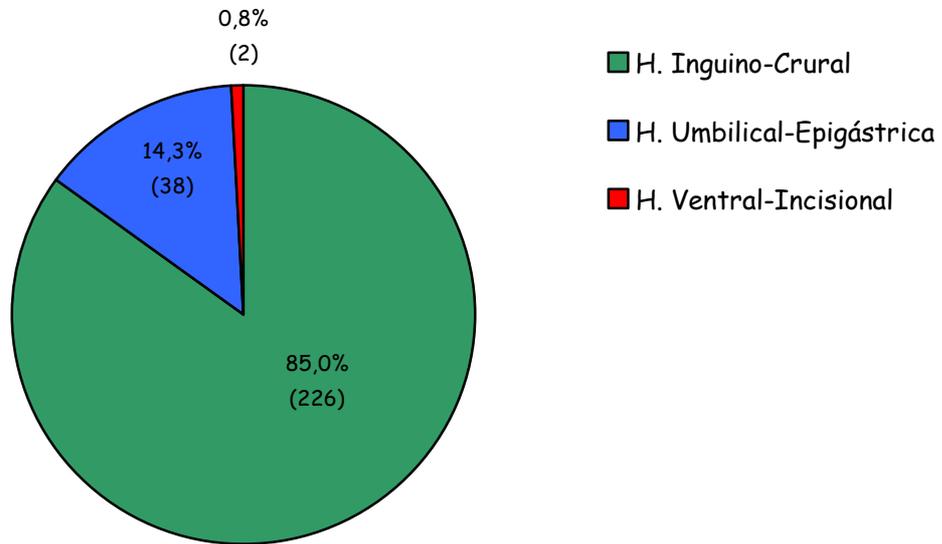
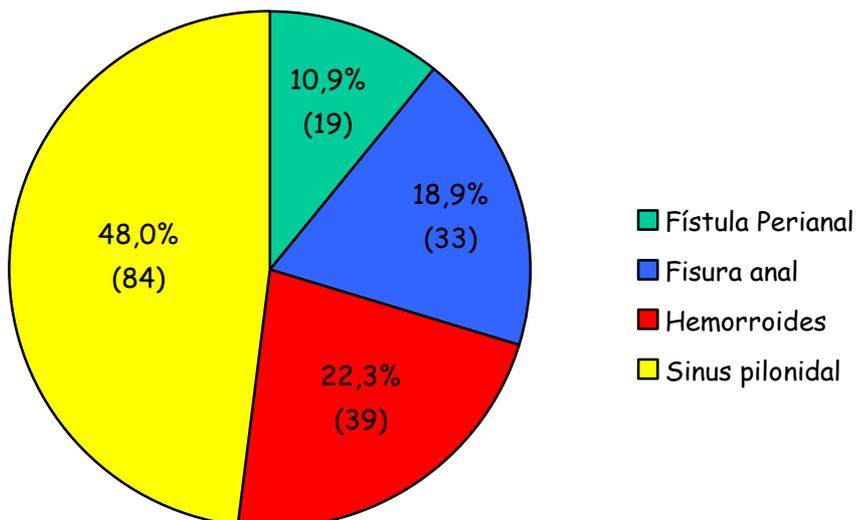


GRÁFICO 2.2. Coloproctología



El índice de sustitución por patologías fue:

PATOLOGÍAS	SIN INGRESO	CON INGRESO	INDICE SUSTITUCIÓN (%)
Hernia Inguino-Crural.	226	225	50,1%
Hernia Umbilical-Epigástrica.	38	26	59,3%
Hernia Ventral Incisional.	2	51	3,7%
Hemorroides.	39	40	49,3%
Fisura Anal.	33	8	80,4%
Fístula perianal.	19	12	61,2%
Sinus pilonidal.	84	25	77%
Tumores partes blandas.	47	17	73,4%
Varices.	14	73	16%
FAV	5		
Otros.	37		
TOTAL	544		

Las complicaciones que aparecieron en el postoperatorio inmediato fueron **50** (9,2%) y se debieron a :

- Reacciones vagales: **34**.
- Hemorragias: **4**.
- Dolor: **2**.
- Vómitos: **4**.
- Retención urinaria: **2**.

- Hiperglucemia: **1**.
- Cefaleas: **1**.
- Fibrilación auricular: **1**.
- Broncoaspiración: **1**

siendo **preciso** el ingreso en **5** casos a causa de:

- Broncoaspiración: **1**.
- Fibrilación auricular : **1**.
- Dolor : **1**.
- Hiperglucemia: **1**.
- Dificultad técnica : **1**.

Lo cual supone el **0,9%** de la actividad total operatoria realizada.

En este primer año **NO** se registró el parámetro de **hora de alta** pero **SI** el del **nº** y **motivos de las llamadas dentro de las primeras 24 horas**. Se atendieron un total de **62** llamadas, **32** de hombres y **30** de mujeres, por los siguientes motivos:

- Informativas: **28**.
- Diarrea: **1**.
- Dolor: **10**.
- Edema testicular: **1**.
- Fiebre. **4**.

- Hematoma- Hemorragia: 7.
- Síndrome gripal: 1.
- Manchado - revisión de herida: 5.
- Estreñimiento: 5

El **índice de sustitución** con respecto a enfermos intervenidos con ingreso fue del **46,8%** en pared abdominal, **67,3%** en coloproctología, **73,4%** en tumores de partes blandas y del **16%** en varices.

Los **544 actos** quirúrgicos se realizaron en **95 sesiones** operatorias, lo cual significó una **media** de **5,72** enfermos / día.

Por último, **el impacto sobre la actividad programada con Anestesia General** resultó ser del **36,7%**, dato obtenido de la proporcionalidad entre el nº total de pacientes operados en el servicio, es decir, **1.481** (**937** con ingreso) y los **544** sin ingreso.

4.2. AÑO 1.997

En Consultas Externas fueron citados **793** pacientes, de los cuales **61** no se presentaron; realizándose **732** primeras visitas, de ellas **614** pasaron al programa quirúrgico y el resto, **118**, NO debido a las siguientes causas:

- ❖ Ya operados: **3**.
- ❖ Nueva revisión: **0**.
- ❖ Exitus: **0**.
- ❖ No patología: **13**.
- ❖ No quieren : **5**.
- ❖ No pueden ahora : **14**.
- ❖ No acepta U.C.S.I.: **1**.
- ❖ No procede por (**82**):
 - Alcoholismo : **4**.
 - Patología social: **6**.
 - Técnica compleja: **18**.
 - Cardiopatía: **15**.
 - Hemopatía: **8**.
 - Neuropatía: **2**.
 - Hepatopatía: **1**.
 - Pasa a A. Local: **10**.
 - En estudio: **7**.
 - Enfermedad metacrónica: **2**.
 - Rechazados por Anestesia: **9**.

De los **614** pacientes intervenidos, **463** (75,4%) fueron hombres y **151** (24,6%) mujeres de las siguientes edades (*GRÁFICO 3*):

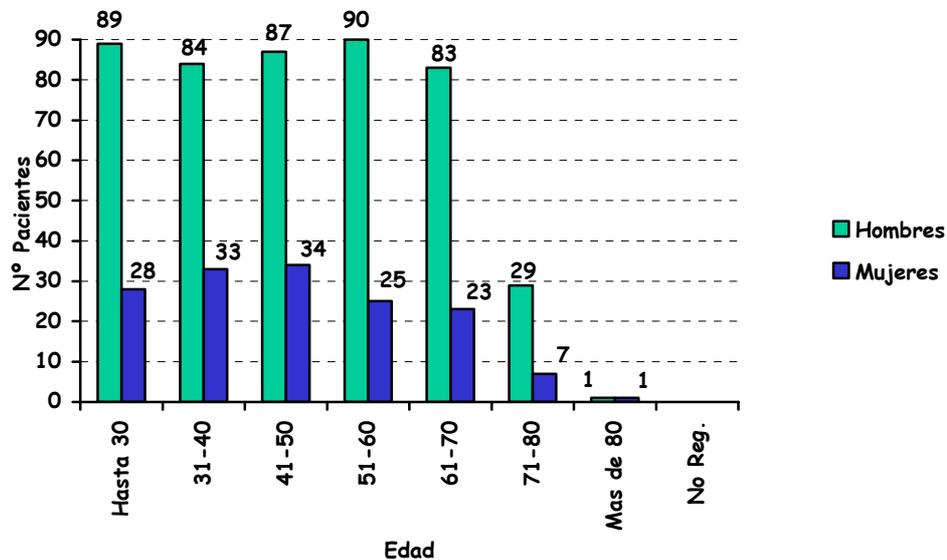
❖ **Hombres:**

- Hasta 30 años: **89.**
- De 31 a 40 años: **84.**
- De 41 a 50 años: **87.**
- De 51 a 60 años: **90.**
- De 61 a 70 años: **83.**
- De 71 a 80 años: **29.**
- Más de 80 años: **1.**
- No registrado: **0.**

❖ **Mujeres:**

- Hasta 30 años: **28.**
- De 31 a 40 años: **33.**
- De 41 a 50 años: **34.**
- De 51 a 60 años: **25.**
- De 61 a 70 años: **23.**
- De 71 a 80 años: **7.**
- Más de 80 años: **1.**
- No registrado: **0.**

GRÁFICO 3. Sexo por edades



y como **patologías asociadas** (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Obstrucción crónica del flujo aéreo, Cardiopatías, Alergias, Medicación y Cirugía previa):

- Sin antecedentes **263** pacientes, el 42,8 %.
- Con antecedentes **351** pacientes, el 57,2% , de los cuales **84** (23,9%) tienen dos o más patologías asociadas, **205** (58,4%) sólo cirugía previa y **62** (17,7%) sólo medicación.

La **valoración** según la Clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) fue:

- ASA I: **371** (60,4%).
- ASA II : **174** (28,3%).

- ASA III : **66** (10,7%).
- ASA IV no descompensados: **1** (0,2%).
- ASA V : **0** (0%).
- No registrados: **2** (0,3%).

La actividad programada en quirófanos fue de **623** pacientes:

- **9** de ellos fueron cancelados por Anestesia el día de la intervención por fiebre, síndrome gripal y cuadro faringo-amigdalario o bronquítico.
- **614**: en estos se utilizó la siguiente técnica anestésica:
 - Local : **19** (3,1%).
 - General + Infiltración Local: **593** (96,6%).
 - Local + Sedación: **0** (0%).
 - No registrados: **2** (0,3%).

Los procedimientos quirúrgicos (*GRÁFICO 4*) se agruparon:

- Pared Abdominal (*GRÁFICO 4.1*).
- Coloproctología (*GRÁFICO 4.2*).
- Tumores de partes blandas.

- Varices.
- FAV.
- Otros.

GRÁFICO 4. Procedimientos quirúrgicos sin ingreso

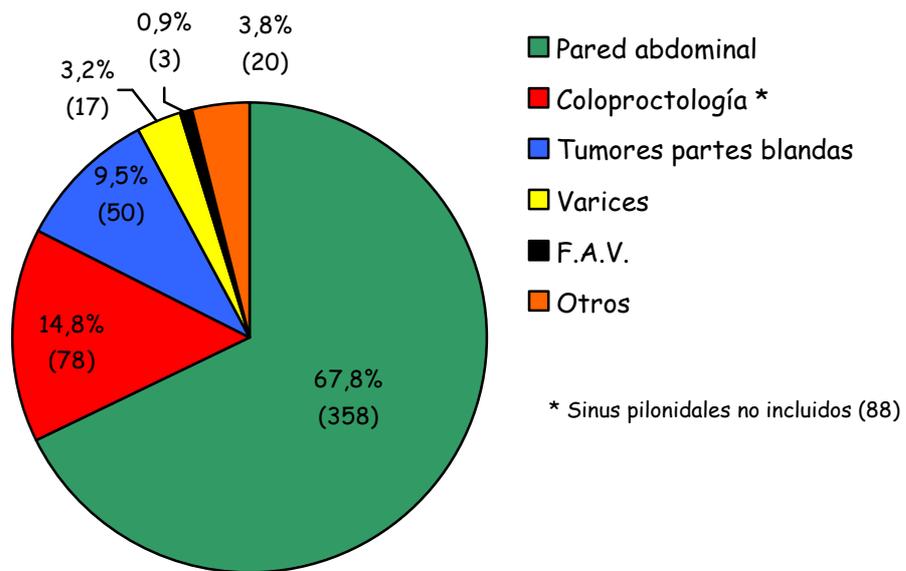


GRÁFICO 4.1. Pared abdominal

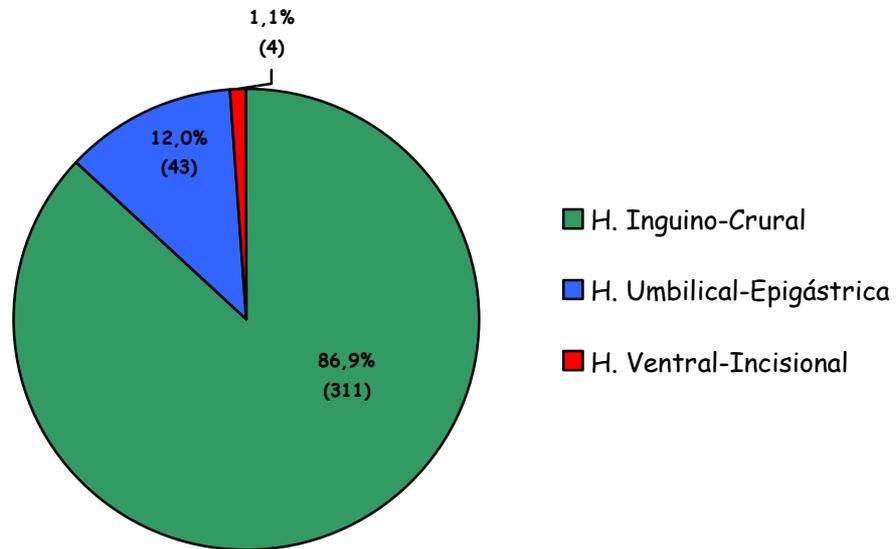
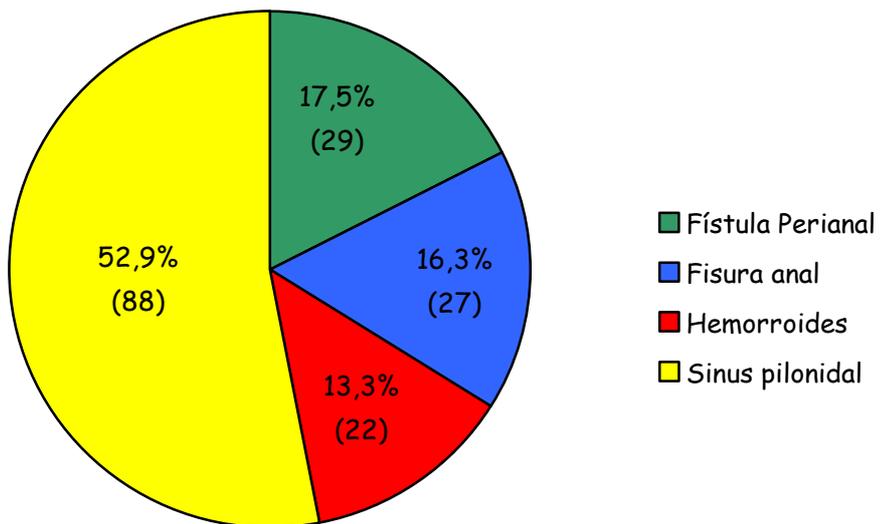


GRÁFICO 4.2. Coloproctología



El índice de sustitución por patologías fue:

PATOLOGÍAS	SIN INGRESO	CON INGRESO	INDICE SUSTITUCIÓN (%)
Hernia Inguino-crural *	311	135	69,6%
Hernia Umbilical-Epigástrica	43	11	79,6%
Hernia Ventral Incisional	4	43	9%
Hemorroides	22	46	32,3%
Fisura Anal	27	1	96,4%
Fístula perianal	29	6	82,8%
Sinus pilonidal	88	7	92,6%
Tumores partes blandas	50	2	96,1%
Varices	17	61	21,7%
FAV	3		
Otros	20		
TOTAL	614		

*Incluye 1 bilateral.

Las complicaciones que aparecieron en el postoperatorio inmediato fueron **61** (9,9%) y se debieron a:

- Reacciones vagas: **51**.
- Hemorragias : **1**.
- Dolor : **2**.
- Vómitos : **5**.

- Retención urinaria : **1** (sondaje).
- Broncoaspiración: **1**.

siendo **preciso** el ingreso en **2** casos debido a exceso de sedación y a broncoaspiración, lo cual supuso el **0,32%** de la actividad total operatoria realizada.

En este segundo año tampoco se registró el parámetro de **hora de alta** (de 12 a 15 horas) pero **SI** el **nº** y **motivos de las llamadas dentro de las primeras 24 horas**. Se atendieron un total de **53** llamadas, **28** de hombres y **25** de mujeres, por las siguientes causas:

- Informativas: **5**.
- Dolor: **12**.
- Fiebre: **7**.
- Hematoma - Hemorragia: **15**.
- Fátiga : **1**.
- Dispepsia gástrica: **1**.
- Estreñimiento: **3**.
- Lipotimia leve: **8**.
- Lumbalgia: **1**.

El índice de sustitución con respecto a enfermos intervenidos con ingreso fue del **65,4%** en pared abdominal, **73,4%** en coloproctología, **96,1%** en tumores de partes blandas y **21,7%** en varices.

Los **614** actos quirúrgicos se realizaron en **107** sesiones operatorias, lo cual significó una media de **5,73** enfermos / día

Por último, el impacto sobre la cirugía programada con **Anestesia General** resultó ser del **40,9%**, dato obtenido de la proporcionalidad entre el nº total de operados en el servicio, es decir, **1.500** (**886** con ingreso) y los **614** sin ingreso.

4.3. AÑO 1.998

En Consultas Externas fueron citados **796** pacientes de los cuales **87** no se presentaron realizándose **709** primeras visitas, de ellas **646** pasaron al programa quirúrgico y el resto, **63**, NO debido a las siguientes causas:

- ❖ Ya operados: **0**.
- ❖ Nueva revisión : **1**.
- ❖ Exitus: **0**.
- ❖ No patología: **11**.
- ❖ No quieren: **4**.

- ❖ No pueden ahora: **4**.
- ❖ No acepta U.C.S.I.: **0**.
- ❖ No procede por (**43**) :
 - Alcoholismo: **1**.
 - Patología social: **1**.
 - Técnica compleja : **7**.
 - Cardiopatía : **7**.
 - Hemopatía : **2**.
 - Neuropatía : **1**.
 - Hepatopatía : **3**.
 - Pasar a A. Local: **10**.
 - En estudio : **1**.
 - Nefropatía : **1**.
 - Obesidad : **1**.
 - Enfermedad metacrónica : **1**.
 - Rechazados por Anestesia : **7**.

De los **646** pacientes operados **464** (71,8 %) fueron **hombres** y **182** (28,2%) **mujeres** de las siguientes edades (*GRÁFICO 5*):

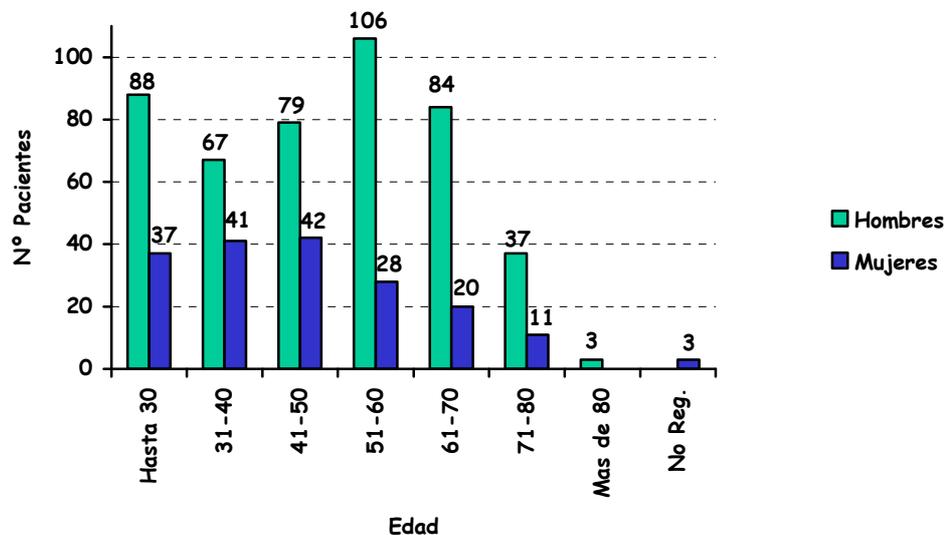
- ❖ **Hombres:**
 - Hasta 30 años: **88**.
 - De 31 a 40 años: **67**.
 - De 41 a 50 años: **79**.

- De 51 a 60 años : **106**.
- De 61 a 70 años : **84**.
- De 71 a 80 años : **37**.
- Más de 80 años : **3** (uno de 96 años).
- No registrado : **0**.

❖ **Mujeres :**

- Hasta 30 años : **37**.
- De 31 a 40 años: **41**.
- De 41 a 50 años : **42**.
- De 51 a 60 años : **28**.
- De 61 a 70 años : **20**.
- De 71 a 80 años : **11**.
- Más de 80 años : **0**.
- No registrado : **3**.

GRÁFICO 5. Sexo por edades



y como **patologías asociadas** (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Alergias, Obstrucción crónica del flujo aéreo, Cardiopatías, Medicación, Obesidad y Cirugía previa):

- Sin antecedentes **164** pacientes, el 25,4 %.
- Con antecedentes **482** pacientes, el 74,6 %, de los cuales **101** (21%) tienen dos o más patologías asociadas, **120** (24,9%) tienen sólo medicación y **261** (54,1%) tienen sólo cirugía previa.

La **valoración** según la Clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología (ASA) :

- ASA I : **447** (69,2%).
- ASA II : **187** (28,9%).
- ASA III : **11** (1,7%).
- ASA IV no descompensados : **0** (0%).
- ASA V : **0** (0%).
- No registrados : **1** (0,2%).

La **actividad programada** en quirófanos fue de **653** pacientes:

- 7 fueron cancelados por Anestesia el día de la intervención por fiebre, síndrome gripal, cuadro faringo-amigdalario o bronquítico.:
- **646**: en éstos se utilizó la siguiente técnica anestésica:
 - Local : **0** (0%).
 - General + Infiltración Local: **646** (100%).
 - Local + Sedación : **0** (0%).

Los procedimientos quirúrgicos (*GRÁFICO 6*) se agruparon

en:

- Pared Abdominal (*GRÁFICO 6.1*).
- Coloproctología (*GRÁFICO 6.2*).
- Tumores de partes blandas.
- Varices.
- FAV.
- Otros.

GRÁFICO 6. Procedimientos quirúrgicos sin ingreso

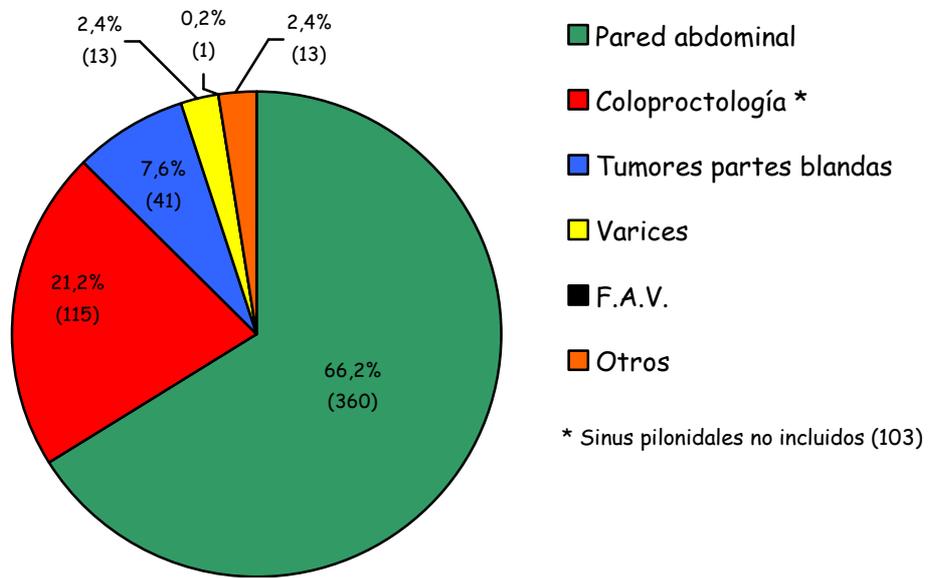


GRÁFICO 6.1. Pared abdominal

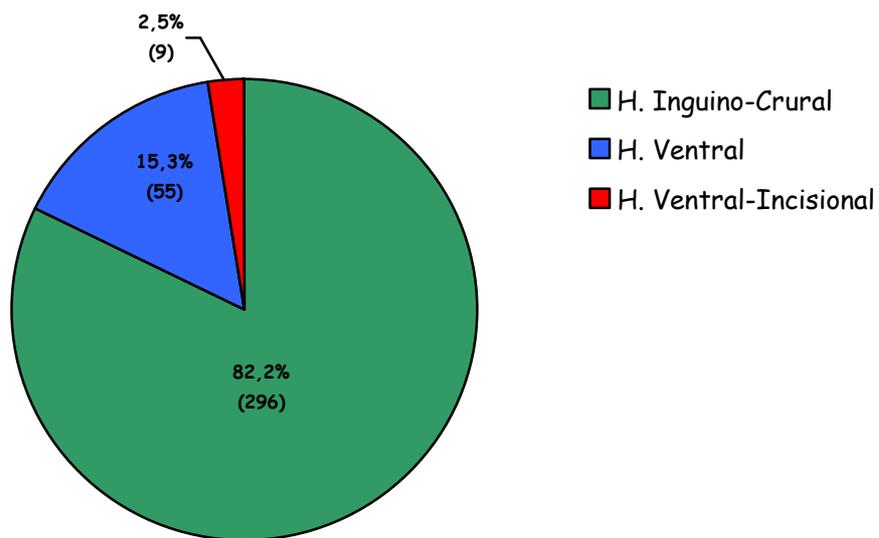
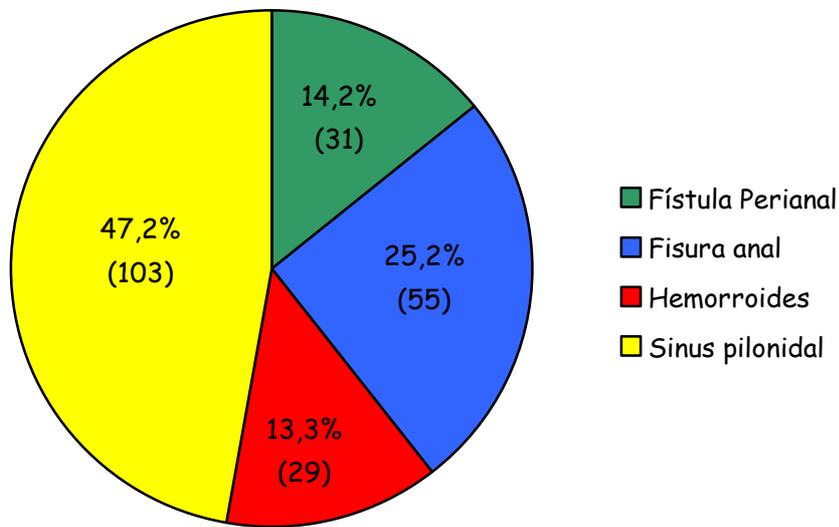


GRÁFICO 6.2. Coloproctología



El índice de sustitución por patologías fue :

PATOLOGÍAS	SIN INGRESO	CON INGRESO	INDICE SUSTITUCIÓN (%)
Hernia Inguino-crural *	296	81	78,5%
Hernia Ventral	55	25	68,7%
Hernia Ventral Incisional	9	47	16,1%
Hemorroides	29	48	37,6%
Fisura anal	55	3	94,8%
Fístula perianal	31	4	88,5%
Sinus pilonidal	103	1	99%
Tumores partes blandas	41	7	85,4%
Varices	13	85	13,2%
FAV	1		
Otros	13		
TOTAL	646		

*Incluye 10 bilaterales.

Las complicaciones que aparecieron en el postoperatorio inmediato fueron **44** (6,8 %) y se debieron a:

- Reacciones vagales: **26**.
- Hemorragias : **2**.
- Dolor : **5**.
- Vómitos : **6**.
- Retención urinaria : **4**.
- Fiebre : **1**.

siendo **preciso** el ingreso en **1** caso debido a complejidad técnica, lo cual supuso el **0,15%** de la actividad total operatoria realizada.

En este tercer año comenzó a registrarse el parámetro de **hora de alta** (de 12 a 15 horas), dato sólo reflejado en **572** pacientes, de los cuales sólo **2** lo hicieron fuera de este horario, **uno** a las **19 horas** por vómitos y lipotimia, y el **otro** a las **16 horas** por control postoperatorio de sus ascitis tras herniorrafia umbilical.

En cuanto al **nº** y **motivos de llamadas dentro de las primeras 24 horas** , se atendieron un total de **53** llamadas, **40** de hombres y **13** de mujeres, por los siguientes motivos:

- Informativas : **12.**
- Dolor . **13.**
- Fiebre : **2.**
- Hematoma - Hemorragia : **12.**
- Edema escrotal : **1.**
- Estreñimiento : **4.**
- Revisión cura : **4.**
- Prurito anal : **1.**
- Retención urinaria : **1.**
- Lipotimia : **1.**
- Eccema anal : **1.**
- Acude a Urgencias directamente sin llamar : **1.**

El **índice de sustitución** con respecto a enfermos operados con ingreso fue del **70,1%** en pared abdominal, **79,5%** en coloproctología, del **85,4%** en tumores de partes blandas y del **13,2%** en varices.

Los **646 actos** quirúrgicos se realizaron en **112 sesiones** operatorias, lo cual significó una **media** de **5,76** enfermos / día.

Por último, el **impacto sobre la cirugía programada con Anestesia General** resultó ser del **42,1%**, dato obtenido de la proporcionalidad entre el nº total de operados en el servicio, es decir, **1.531** pacientes (**885** con ingreso) y los **646** sin ingreso.

4.4. AÑO 1.999

En Consultas Externas fueron citados **840** pacientes de los cuales **68** no se presentaron realizándose **772** primeras visitas, de ellas **696** pasaron al programa quirúrgico y el resto, **76**, NO debido a las siguientes causas:

- ❖ Ya operados: **9**.
- ❖ Exitus: **0**.
- ❖ No patología: **8**.
- ❖ No quieren: **2**.
- ❖ No pueden ahora: **6**.
- ❖ No acepta U.C.S.I.: **0**.
- ❖ Nueva revisión: **7**.
- ❖ No procede por (**44**):
 - Técnica compleja: **7**.
 - Cardiopatía: **5**.
 - Neuropatía: **4**.
 - Neumopatía: **1**.
 - Pasa a A. Local: **11**.
 - Hepatopatía: **1**.
 - Rechazados por Anestesia: **10**.

- Enfermedad metacrónica: **2**.
- En estudio: **2**.
- Hemopatía: **1**.

De los **696** pacientes operados, **528** (75,9 %) fueron **hombres** y **168** (24,1 %) **mujeres** de las siguientes edades (*GRÁFICO 7*):

❖ **Hombres:**

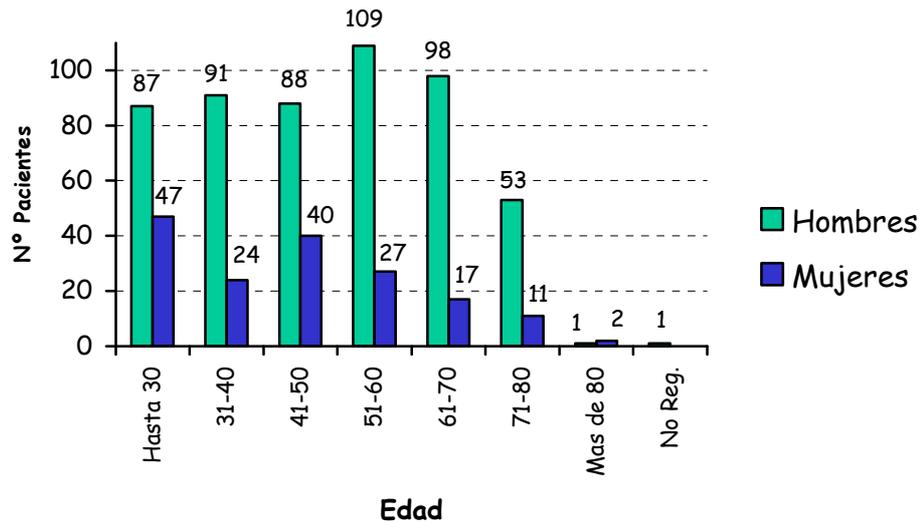
- Hasta 30 años: **87**.
- De 31 a 40 años: **91**.
- De 41 a 50 años: **88**.
- De 51 a 60 años: **109**.
- De 61 a 70 años: **98**.
- De 71 a 80 años: **53**.
- Más de 80 años: **1**.
- No registrado: **1**.

❖ **Mujeres:**

- Hasta 30 años: **47**.
- De 31 a 40 años: **24**.
- De 41 a 50 años: **40**.
- De 51 a 60 años: **27**.
- De 61 a 70 años: **17**.
- De 71 a 80 años: **11**.

- Más de 80 años: 2.
- No registrado: 0.

GRÁFICO 7. Sexo por edades



y como **patologías asociados** (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Alergias, Obstrucción crónica del flujo aéreo, Cardiopatías, Obesidad, Medicación y Cirugía previa):

- Sin antecedentes **258** pacientes, el 37%.
- Con antecedentes **438** pacientes, el 63%, de los cuales **144** (32,9%) tienen 2 o más patologías asociadas, **230** (52,5%) tienen sólo cirugía previa y **64** (14,6%) tienen sólo medicación.

La **valoración** según la Clasificación Americana de Anestesiología (ASA) fue :

- **ASA I : 441 (63,4%).**
- **ASA II : 242 (34,8%).**
- **ASA III : 12 (1,7%).**
- **ASA IV no descompensados : 0 (0%).**
- **ASA V : 0 (0%).**
- **No registrado : 1 (0,1%).**

La actividad programada en quirófanos fue de 706 pacientes:

- **10** fueron rechazados por Anestesia el día de la intervención por fiebre, síndrome gripal, cuadro faringo-amigdalario o bronquítico.
- **696:** en éstos se utilizó la siguiente técnica anestésica :
 - **Local : 1 (0,1%).**
 - **General + Infiltración Local: 665 (95,5%).**
 - **Local + Sedación : 30 (4,3%).**

Los procedimientos quirúrgicos (GRÁFICO 8) se agruparon

en :

- Pared Abdominal (GRÁFICO 8.1).
- Coloproctología (GRÁFICO 8.2).
- Tumores de partes blandas.
- Varices.
- FAV.
- Otros.

GRÁFICO 8. Procedimientos quirúrgico sin ingreso

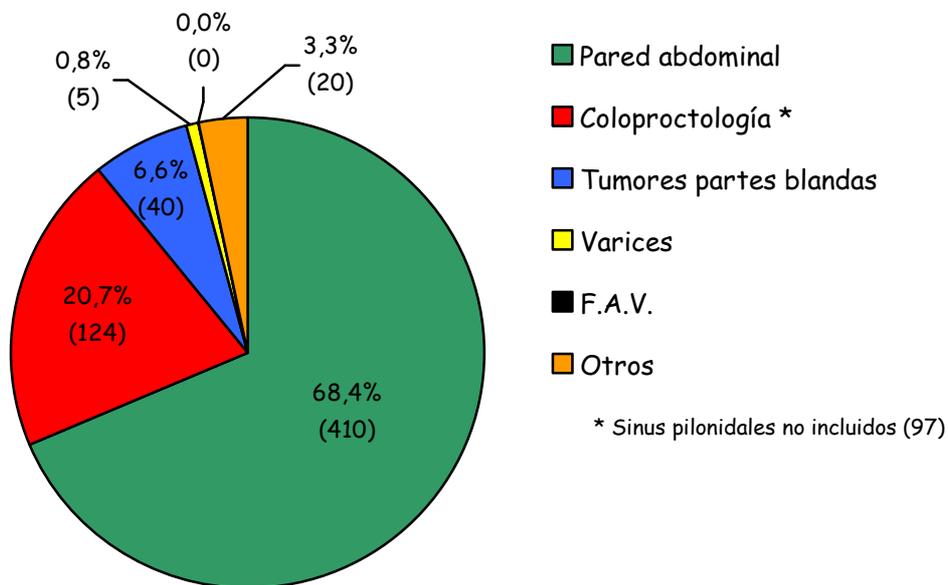


GRÁFICO 8.1. Pared abdominal

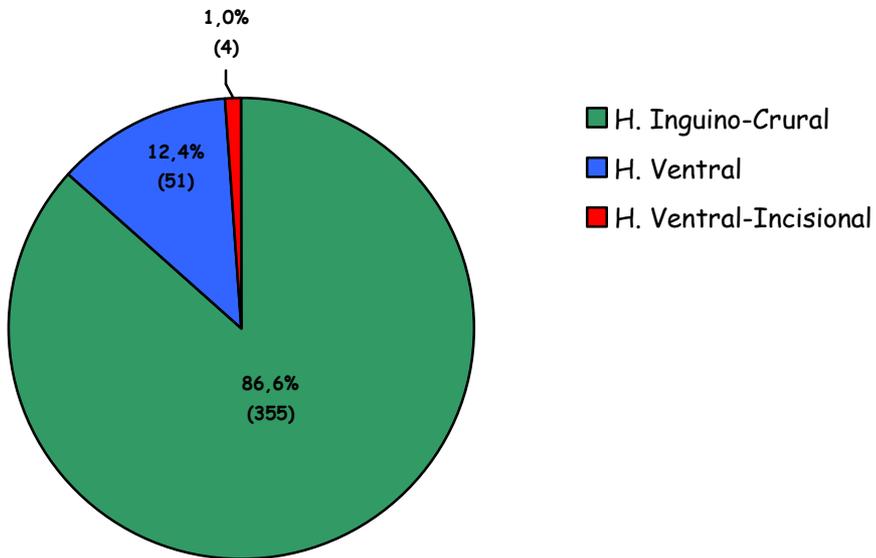
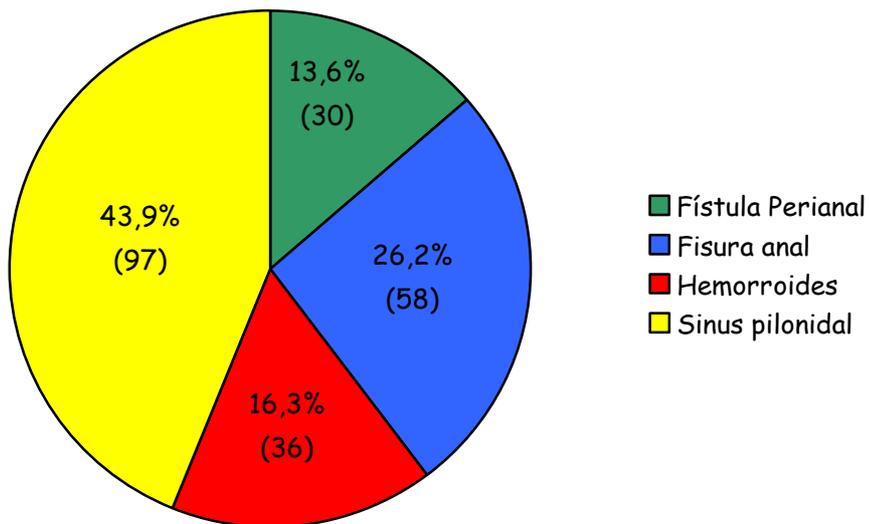


GRÁFICO 8.2. Coloproctología



El índice de sustitución por patologías fue :

PATOLOGÍAS	SIN INGRESO	CON INGRESO	INDICE SUSTITUCIÓN (%)
Hernia Inguino-crural *	355	48	88%
Hernia Ventral	51	10	83,6%
Hernia Ventral Incisional	4	53	7%
Hemorroides	36	28	56,2%
Fisura anal	58	3	95%
Fístula perianal	30	18	62,5%
Sinus pilonidal	97	0	100%
Tumores partes blandas	40	0	100%
Varices	5	157	3%
FAV	0		
Otros	20		
TOTAL	696		

*Incluye 26 bilaterales.

Las complicaciones que aparecieron en el postoperatorio inmediato fueron **37** (5,3 %) y se debieron a :

- Reacciones vagales : **28** (dos severas).
- Hemorragia : **1**.
- Dolor : **3**.
- Vómitos : **1**.
- Crisis hipertensiva : **2**.

- Fiebre : **1**.
- Retención urinaria : **1**.

En este año no se registró **ningún** caso de ingreso **preciso** , es decir, el **0%** de la actividad total operatoria realizada.

Durante este año y con respecto al parámetro de **hora de alta** (de 12 a 15 horas), se registraron **660** pacientes en este horario y **5** fuera del mismo debido a :

- *A las 15 horas 30 minutos:* **1** por lipotimia leve - media.
- *A las 16 horas:* **1** por lipotimia media.
- *A las 18 horas:* **1** por control de la tensión arterial.
- *A las 19 horas:* **2** por:
 - **1** por control de la tensión arterial.
 - **1** por retención urinaria que miccionó espontáneamente.

En cuanto al **nº** y **motivos de las llamadas dentro de las primeras 24 horas**, se atendieron un total de **62** llamadas, **41** de hombres y **21** de mujeres, por los siguientes motivos:

- Informativas: **19**.

- Dolor: **16**.
- Fiebre: **5**.
- Hematoma- Hemorragia: **6**.
- Edema escrotal: **2**.
- Equimosis escrotal : **5**.
- Orquitis: **1**.
- Estreñimiento: **1**.
- Lipotimias: **2**.
- Vómitos: **1**.
- Revisión cura: **2**.
- Retención urinaria: **1** (sondaje en Urgencias).
- Disuria y tenesmo: **1**.

El **índice de sustitución** con respecto a enfermos operados con ingreso fue del **78,6%** en pared abdominal, del **81,8%** en coloproctología, del **100%** en tumores de partes blandas y del **3%** en varices.

Los **696** actos quirúrgicos se realizaron en **120** sesiones operatorias, lo cual significó una **media** de **5,8** enfermos / día.

Por último, el **impacto** sobre la actividad quirúrgica programada con **Anestesia General** resultó del **40,9%**, dato

obtenido de la proporcionalidad entre el nº total de enfermos operados en el servicio, es decir, **1.698** pacientes (**1.002** con ingreso) y los **696** sin ingreso.

4.5. AÑO 2.000

En Consultas Externas fueron citados **879** pacientes de los cuales **49** no se presentaron realizándose **830** primeras visitas, de ellas **747** pasaron al programa quirúrgico y el resto, **83**, NO debido a las siguientes causas:

- ❖ Ya operados: **0**.
- ❖ Exitus: **1**.
- ❖ No patología: **15**.
- ❖ Nueva revisión: **9**.
- ❖ No puede ahora: **7**.
- ❖ No quieren: **2**.
- ❖ No acepta U.C.S.I.: **0**.
- ❖ No procede por (**49**):
 - Alcoholismo: **2**.
 - Patología social: **1**.
 - Técnica compleja: **7**.
 - Cardiopatías: **5**.

- Hemopatías: **2**.
- En estudio: **4**.
- Neumopatías: **2**.
- Enfermedad metacrónica: **2**.
- Pasa a A. Local: **15**.
- Rechazados por Anestesia: **9**.

De los **747** pacientes operados, **562** (75,2%) fueron **hombres** y **185 mujeres** (24,8%) de las siguientes edades (*GRÁFICO 9*):

❖ **Hombres:**

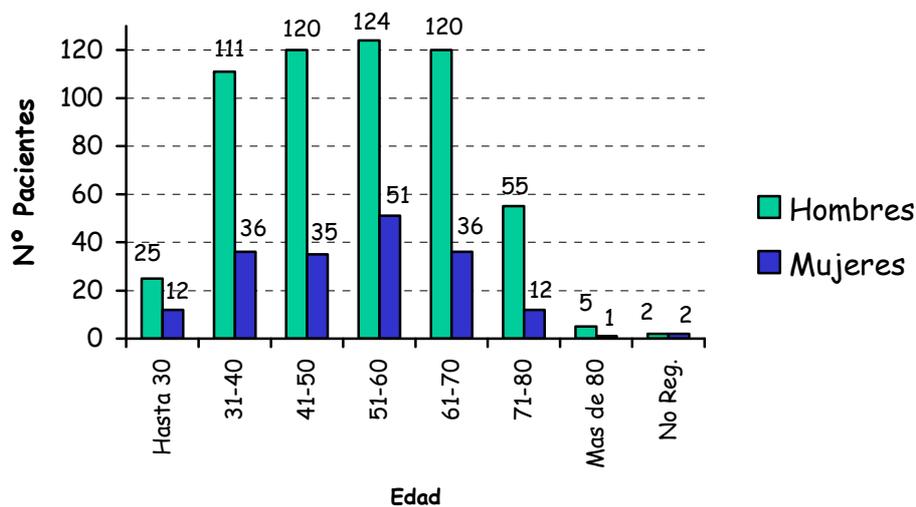
- Hasta 30 años: **25**.
- De 31 a 40 años: **111**.
- De 41 a 50 años: **120**.
- De 51 a 60 años: **124**.
- De 61 a 70 años: **120**.
- De 71 a 80 años: **55**.
- Más de 80 años: **5**.
- No registrado: **2**.

❖ **Mujeres:**

- Hasta 30 años: **12**.
- De 31 a 40 años: **36**.
- De 41 a 50 años: **35**.

- De 51 a 60 años: **51**.
- De 61 a 70 años: **36**.
- De 71 a 80 años: **12**.
- Más de 80 años: **1**.
- No registrado: **2**.

GRÁFICO 9. Sexo por edades



y como **patologías asociadas** (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Alergias, Obstrucción crónica del flujo aéreo, Cardiopatías, Obesidad, Medicación y Cirugía previa):

- Sin antecedentes **272** pacientes, el 36,4%.

- Con antecedentes **475** pacientes, el 63,6% de los cuales, **134** (28,2%) tienen dos o más patologías asociadas, **271** (57 %) sólo cirugía previa y **70** (14,7%) sólo medicación.

La **valoración** según la Clasificación Americana de Anestesiología (ASA) fue:

- ASA I : **505** (67,6 %).
- ASA II : **227** (30,4 %).
- ASA III : **15** (2 %).
- ASA IV no descompensados : **0** (0%).
- ASA V : **0** (0%).

La **actividad programada** en quirófanos fue de **756** pacientes:

- **9** cancelados por Anestesia el día de la intervención por fiebre, síndrome gripal y cuadro faringo-amigdalario o bronquítico.
- **747**: en éstos se utilizó la siguiente **técnica anestésica**:

- Local : **0** (0 %).
- General: **1** (0,1 %).
- Infiltración Local + Sedación : **746** (99,9%).

Añadir aquí que la Anestesia Local se realiza en dos planos superficial y profundo, utilizando en el primero 10 c.c. de Lidocaína al 2 % diluidos en 10 c.c. de Suero Fisiológico, en total 20 c.c.; y para el segundo, 10 c.c. de Bupicaína al 0,5% + Epinefrina diluidos en 10 c.c. de Lidocaína al 2 %, en total 20 c.c. Además de una ampolla de 1 c.c. de Atropina subcutánea^{96,97,98,99}.

Los **procedimientos quirúrgicos** (*GRÁFICO 10*) se agruparon en:

- Pared Abdominal (*GRÁFICO 10.1*).
- Coloproctología (*GRÁFICO 10.2*).
- Tumores de partes blandas.
- Varices.
- FAV.
- Otros.

Gráfico 10. Procedimientos quirúrgicos sin ingreso

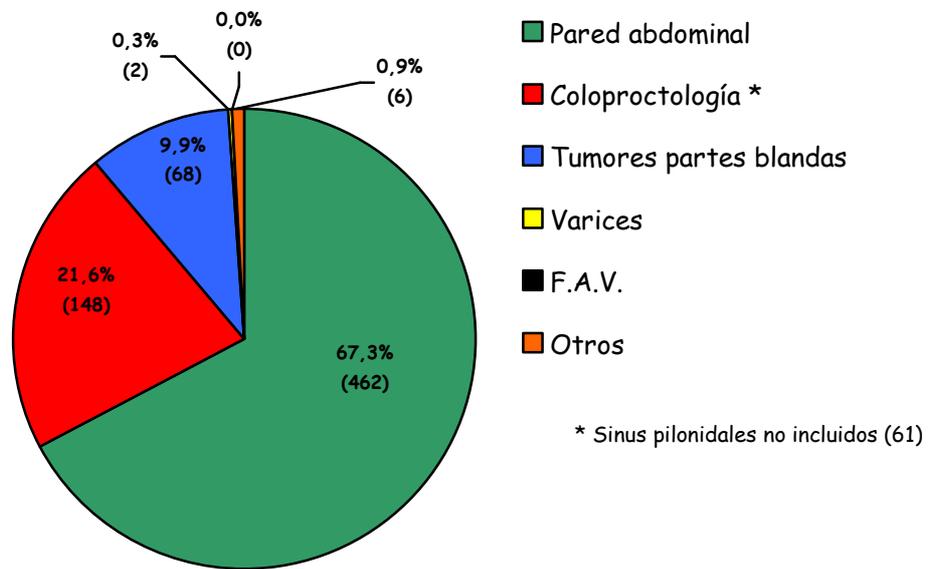


Gráfico 10.1. Pared abdominal

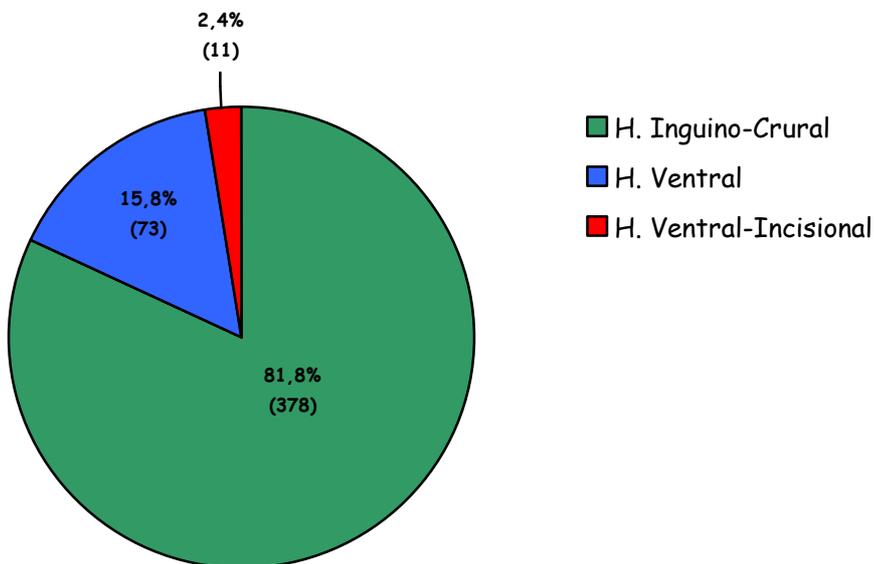
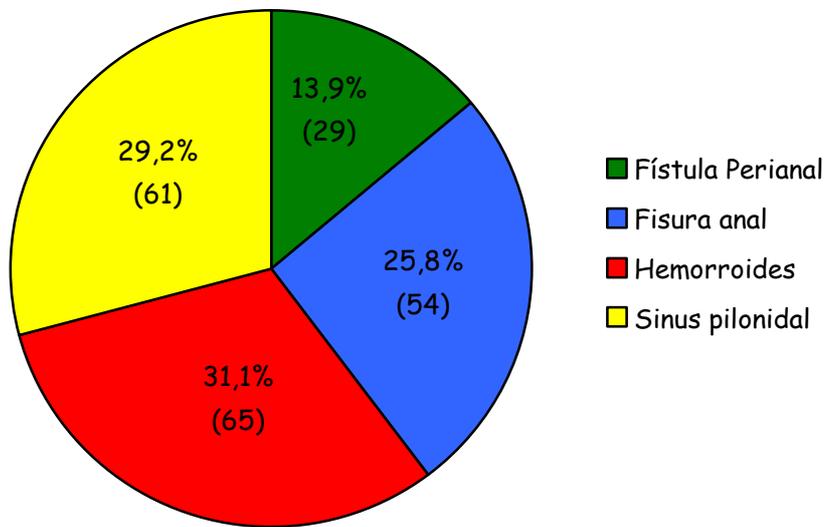


Gráfico 10.2. Coloproctología



El índice de sustitución por patologías fue:

PATOLOGIAS	SIN INGRESO	CON INGRESO	INDICE SUSTITUCIÓN (%)
Hernia Inguino-crural *	378	91	80,5%
Hernia Ventral	73	19	79,3%
Hernia Ventral Incisional	11	74	12,9%
Hemorroides	65	16	80,2%
Fisura anal	54	7	88,5%
Fístula perianal	29	14	67,4%
Sinus pilonidal	61	9	87,1%
Tumores partes blandas	68	14	82,9%
Varices	2	198	1%
FAV	0		
Otros	6		
TOTAL	747		

* Incluye 45 bilaterales.

Las complicaciones que aparecieron en el postoperatorio inmediato fueron **33** (4,4%) y se debieron a :

- Reacciones vagales: **24**.
- Hemorragia: **1**.
- Dolor: **1**.
- Vómitos: **3**.
- Retención urinaria: **2** (sondaje permanente).
- Crisis hipertensiva: **2**.

En este año se registraron **3** casos de ingreso **preciso** motivados por: **uno** a dificultad técnica, **otro** a exceso de sedación y el **último** a cambio de diagnóstico, lo cual supuso el **0,4 %** de la actividad total operatoria realizada.

Durante este año y en lo referente al parámetro de **hora de alta** (de 12 a 15 horas), **720** lo hicieron en este horario y el **resto** NO fue registrado.

En cuanto al **nº** y **motivos de las llamadas dentro de las primeras 24 horas**, se atendieron un total de **41** llamadas, **32** de hombres y **9** de mujeres, por los siguientes motivos:

- Informativas: **13**.
- Dolor: **10** (2 acuden a Urgencias, 1 por fiebre + absceso y 1 por dolor abdominal-anal).
- Hematoma - Hemorragia: **12** (1 acude a Urgencias).
- Retención urinaria: **1**.
- Edema escrotal: **1**.
- Revisión cura: **1**.
- Cefalea: **1**.
- Fiebre: **1**.
- Acude a Urgencias sin llamar: **1**.

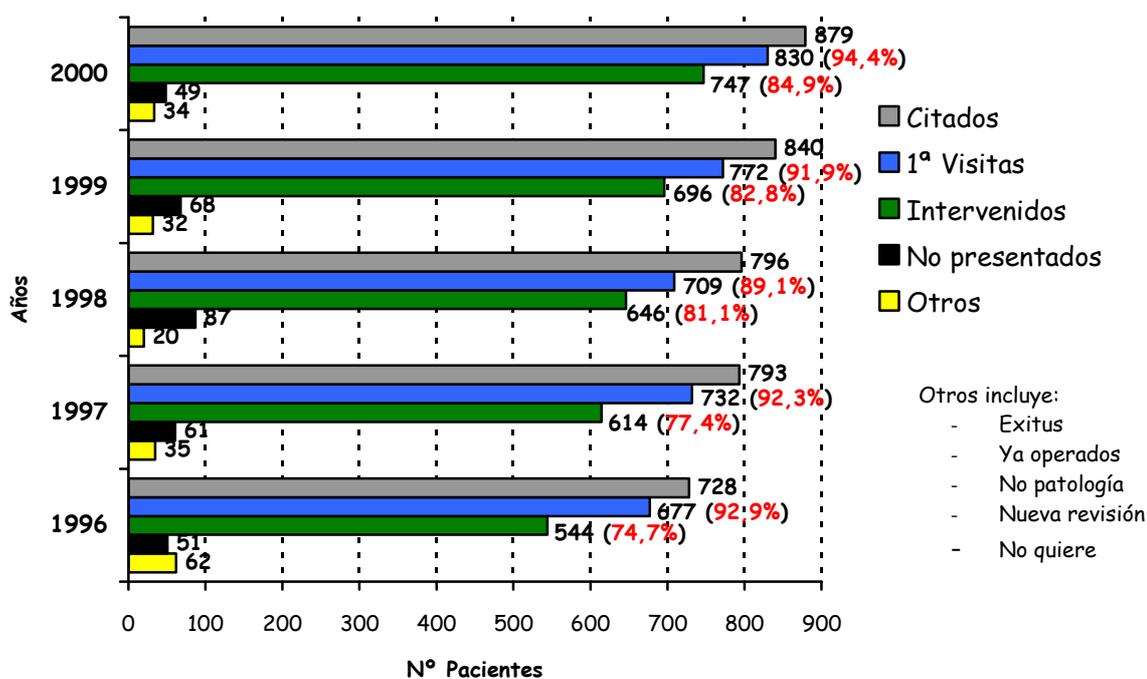
El **índice de sustitución** con respecto a enfermos operados con **ingreso** fue del **71,5%** en pared abdominal, **81,9%** en coloproctología, **82,9%** en tumores de partes blandas y del **1%** en varices.

Los **747 actos** quirúrgicos se realizaron en **129 sesiones** operatorias, lo cual significó una **media** de **5,79** enfermos / día.

Por último, el **impacto sobre la actividad quirúrgica programada con Anestesia General** resultó ser del **39,98%**, dato obtenido de la proporcionalidad entre el nº total de enfermos operados en el servicio, es decir, **1.868** pacientes (**1.121** con ingreso) y los **747** sin ingreso.

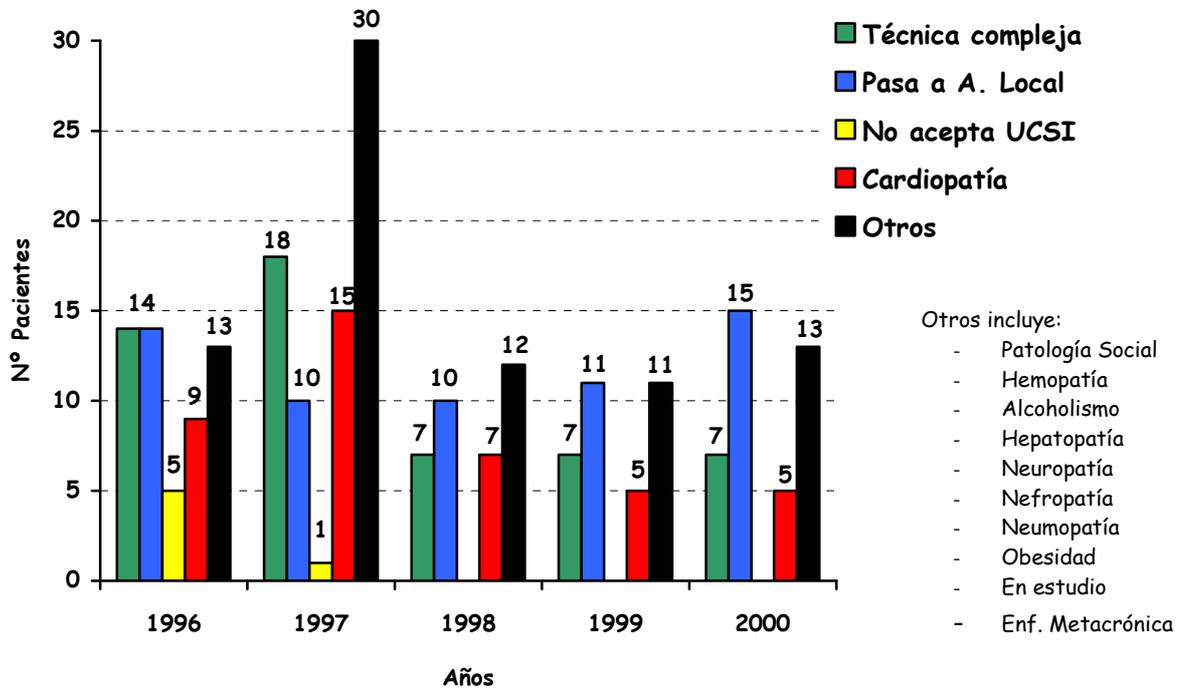
4.6. RESULTADOS GLOBALES DE 5 AÑOS

1.- Actividad en Consultas Externas: (GRÁFICO 11)



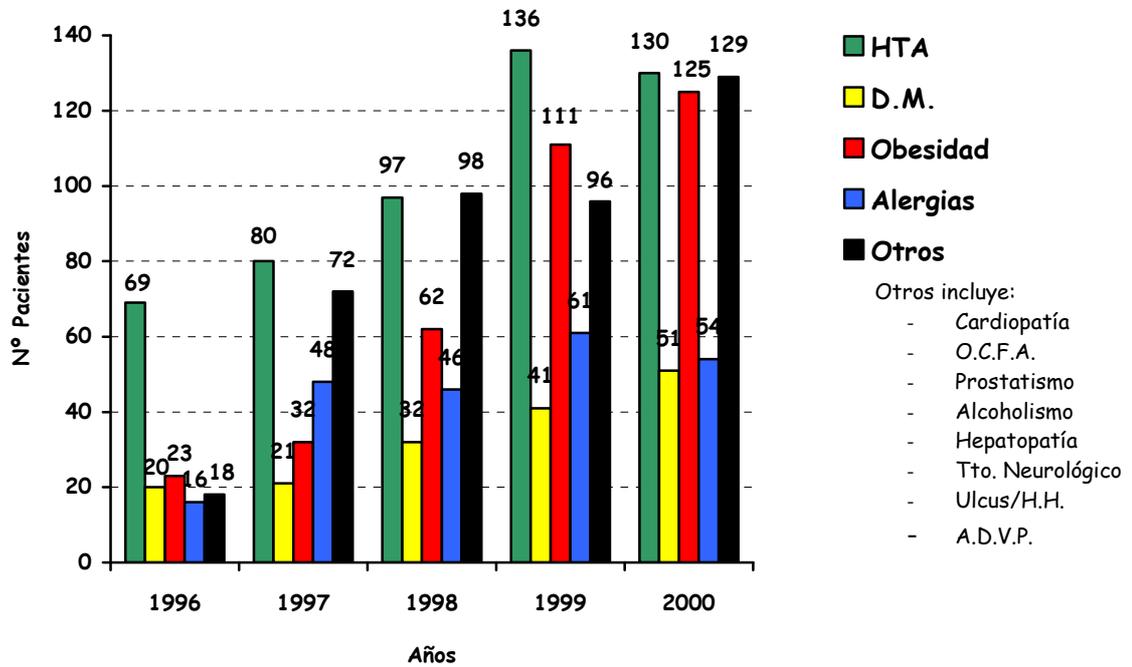
	96	97	98	99	00
<i>Citados</i>	728	793	796	840	879
<i>1ª Visitas</i>	677	732	709	772	830
<i>No presentados</i>	51	61	87	68	49
<i>Ya operados</i>	21	3	0	9	0
<i>Exitus</i>	1	0	0	0	1
<i>No patología</i>	14	13	11	8	15
<i>Nueva revisión</i>	4	0	1	7	9
<i>No quiere intervención</i>	8	5	4	2	2
<i>No puede ahora</i>	14	14	4	6	7

1.a) Motivos médicos de exclusión de U.C.S.I: (GRÁFICO 12)



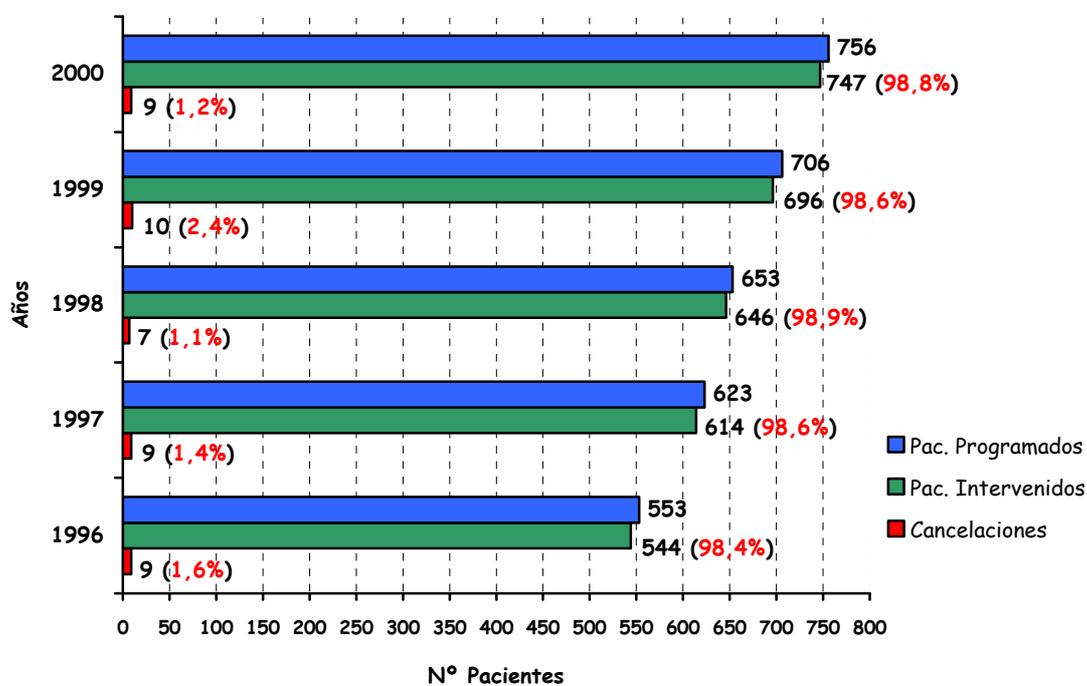
	96	97	98	99	00
<i>No acepta UCSI</i>	5	1	0	0	0
<i>Alcoholismo</i>	0	4	1	0	2
<i>Patología social</i>	4	6	1	0	1
<i>Técnica compleja</i>	14	18	7	7	7
<i>Cardiopatía</i>	9	15	7	5	5
<i>Hemopatía</i>	2	8	2	1	2
<i>Neuropatía</i>	3	2	1	4	0
<i>Hepatopatía</i>	0	1	3	1	0
<i>Nefropatía</i>	0	0	1	0	0
<i>Neumopatía</i>	3	0	0	1	2
<i>Obesidad</i>	0	0	1	0	0
<i>Pasa a A. Local</i>	14	10	10	11	15
<i>En estudio</i>	0	7	1	2	4
<i>Enf. Metacrónica</i>	1	2	1	2	2
TOTAL	55	74	36	34	40

2.- Enfermedades asociadas en los pacientes de U.C.S.I.:
 (GRÁFICO 13)



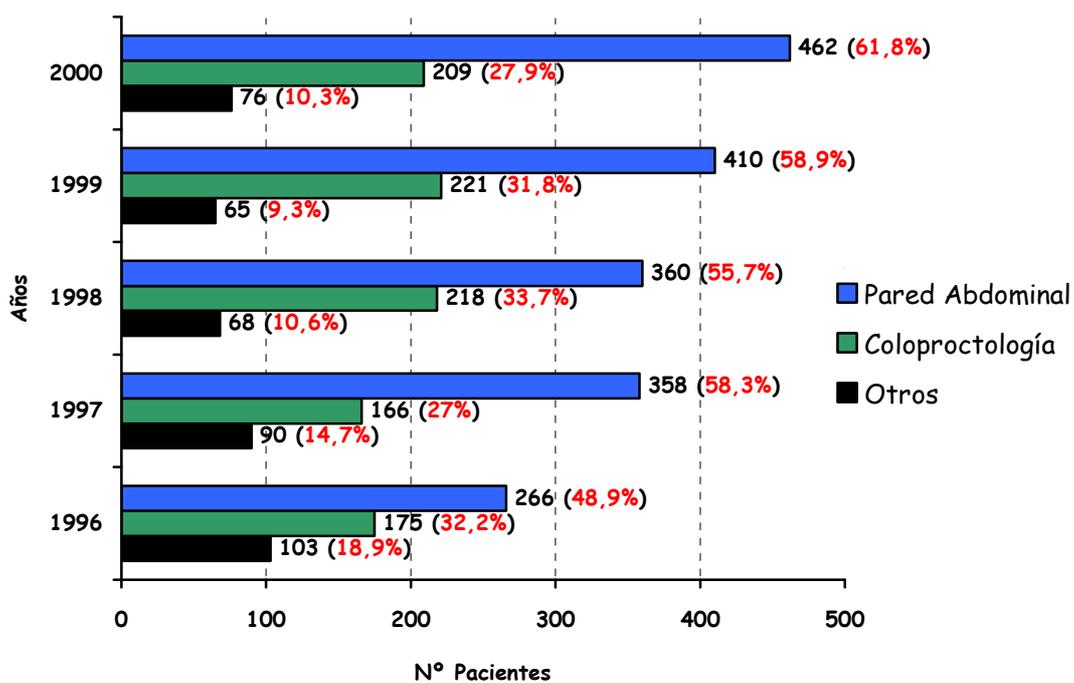
	96	97	98	99	00
<i>HTA</i>	69	80	97	136	130
<i>Alergias</i>	16	48	46	61	54
<i>Cardiopatía</i>	9	13	24	14	25
<i>O.C.F.A.</i>	8	32	20	21	28
<i>D.M.</i>	20	21	32	41	51
<i>Obesidad</i>	23	32	62	111	125
<i>Prostatismo</i>	0	9	10	28	27
<i>Alcoholismo</i>	0	4	1	0	2
<i>Hepatopatía</i>	0	1	3	1	0
<i>Tto.neurológico</i>	1	8	17	26	26
<i>Ulcus / H.H.</i>	0	5	23	1	16
<i>A.D.V.P.</i>	0	0	0	5	5
TOTAL	146	253	335	445	489

3.-Actividad en quirófanos: (GRÁFICO 14)



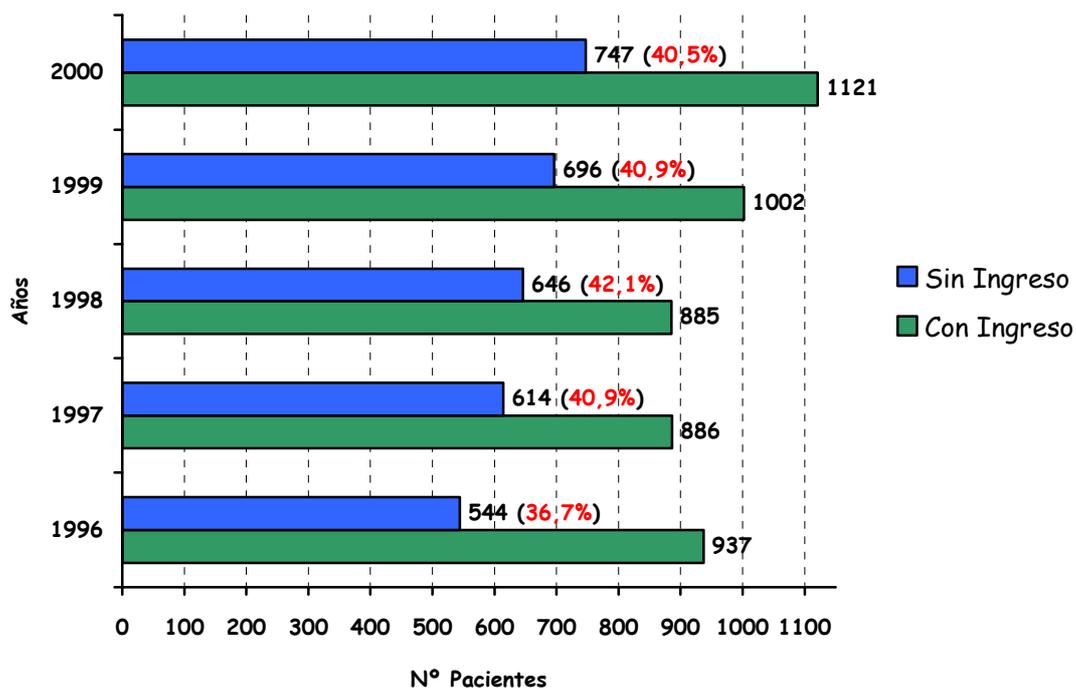
	96	97	98	99	00
<i>Pac. Programados</i>	553	623	653	706	756
<i>Pac. Intervenidos</i>	544	614	646	696	747
<i>Cancelaciones</i>	9	9	7	10	9

4.- Procedimientos quirúrgicos realizados: (GRÁFICO 15)



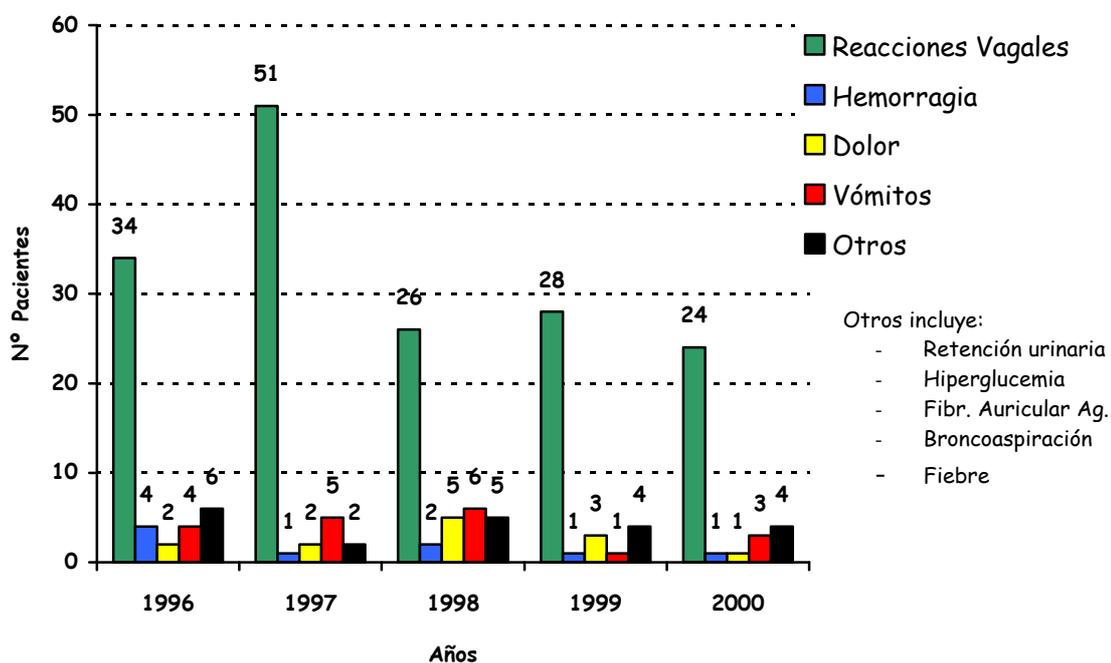
	96	97	98	99	00
<i>H.Inguino-crural</i>	226	311	296	355	378
<i>H. Ventral</i>	38	43	55	51	73
<i>H.Ventral Incisional</i>	2	4	9	4	11
<i>Hemorroides</i>	39	22	29	36	65 (4 PPH)
<i>Fisura anal</i>	33	27	55	58	54
<i>Fístula perianal</i>	19	29	31	30	29
<i>Sinus pilonidal</i>	84	88	103	97	61
<i>Tumores de + 8 cm.</i>	47	50	41	40	68
<i>Varices</i>	14	17	13	5	2
<i>FAV</i>	5	3	1	0	0
<i>Otros</i>	37	20	13	20	6
TOTAL	544	614	646	696	747

5.- Impacto en la actividad quirúrgica programada con Anestesia General: (GRÁFICO 16)



	CON INGRESO	SIN INGRESO	PROPORCIÓN
1.996	937	544	36,7 %
1.997	886	614	40,9 %
1.998	885	646	42,1 %
1.999	1.002	696	40,9 %
2.000	1.121	747	40,5 %
TOTAL	4.831	3.247	40,2 %

6.- Complicaciones postoperatorias inmediatas: (GRÁFICO 17)



	96	97	98	99	00
<i>Reacciones Vagales</i>	34	51	26	28	24
<i>Hemorragia</i>	4	1	2	1	1
<i>Dolor</i>	2	2	5	3	1
<i>Cefaleas</i>	1	0	0	0	0
<i>Vómitos</i>	4	5	6	1	3
<i>Retención Urinaria</i>	2	1	4	1	2
<i>Hiperglucemia</i>	1	0	0	0	0
<i>Fibrilación Auricular Aguda</i>	1	0	0	0	0
<i>Broncoaspiración</i>	1	1	0	0	0
<i>Fiebre</i>	0	0	1	1	0
<i>HTA</i>	0	0	0	2	2
TOTAL	50	61	44	37	33

7.- Ingresos no previstos:

	96	97	98	99	00
<i>Fibrilación Auricular Aguda</i>	1	0	0	0	0
<i>Broncoaspiración</i>	1	1	0	0	0
<i>Dolor</i>	1	0	0	0	0
<i>Hiperglucemia</i>	1	0	0	0	0
<i>Dificultad técnica</i>	1	0	1	0	1
<i>Exceso sedación</i>	0	1	0	0	1
<i>Cambio diagnóstico</i>	0	0	0	0	1
TOTAL	5 (0,9 %)	2 (0,3%)	1 (0,1%)	0 (0%)	3 (0,4%)

Otros indicadores: reflejo de la experiencia acumulada y el grado de utilización de la Unidad en este período de trabajo son:

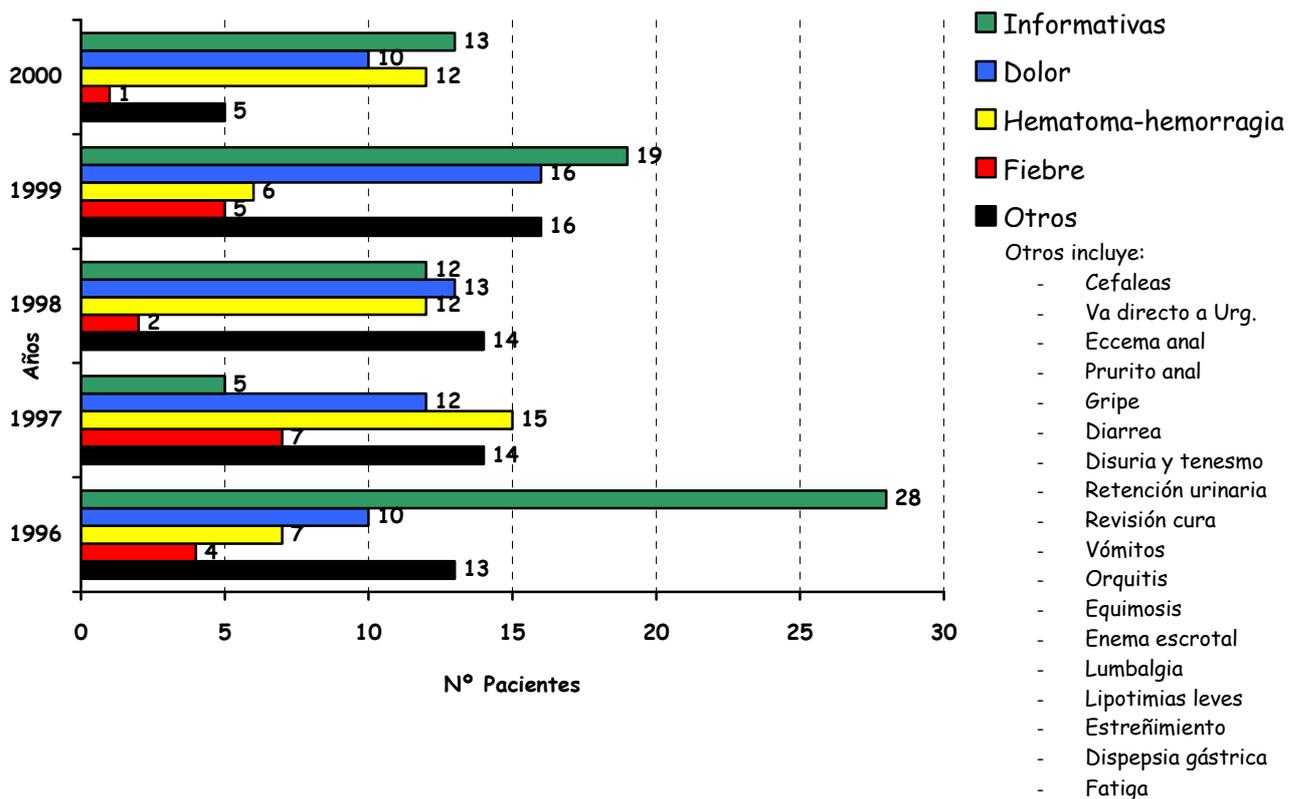
8.- Hora de alta:

	96	97	98	99	00
De 12 a 15 h.	#	#	572 *	660 *	720 *
15 h. 30'	#	#	0	1	
16 h.	#	#	1	1	
18 h.	#	#	0	1	
19 h.	#	#	1	2	

Dato no registrado.

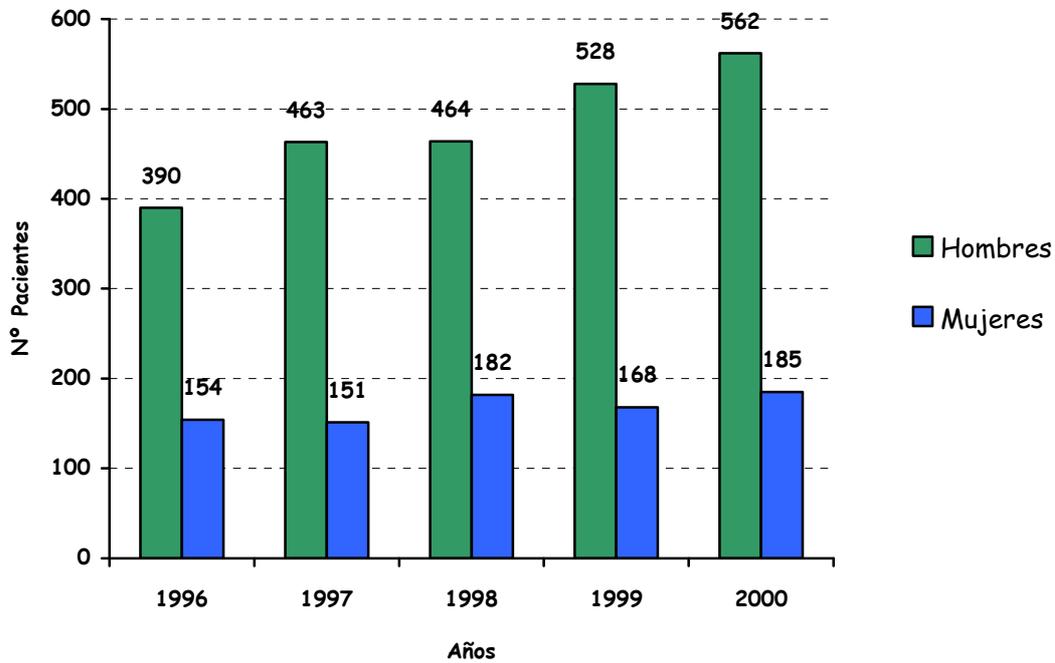
* N° de pacientes registrados; en el resto no se efectuó.

9.- Motivo y n° llamadas en las primeras 24 horas: (GRÁFICO 18)



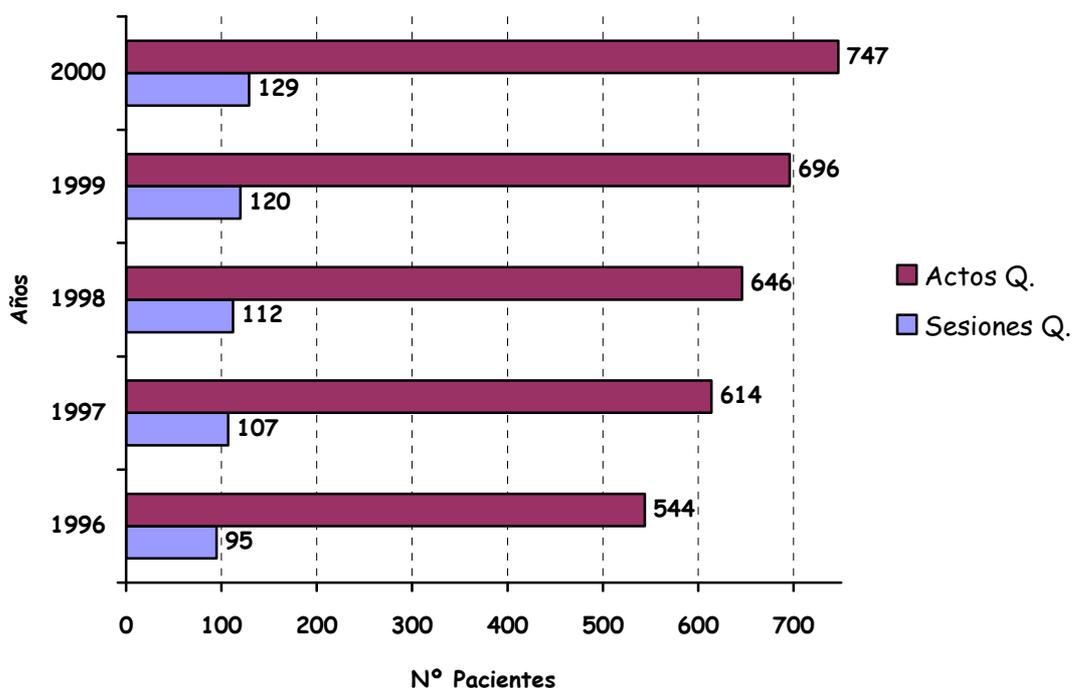
	96	97	98	99	00
<i>Informativas</i>	28	5	12	19	13
<i>Dolor</i>	10	12	13	16	10
<i>Fiebre</i>	4	7	2	5	1
<i>Hematoma-hemorragia</i>	7	15	12	6	12
<i>Fatiga</i>	0	1	0	0	0
<i>Dispepsia gástrica</i>	0	1	0	0	0
<i>Estreñimiento</i>	5	3	4	1	0
<i>Lipotimias leves</i>	0	8	1	2	0
<i>Lumbalgia</i>	0	1	0	0	0
<i>Edema escrotal</i>	1	0	1	2	1
<i>Equimosis</i>	0	0	0	5	0
<i>Orquitis</i>	0	0	0	1	0
<i>Vómitos</i>	0	0	0	1	0
<i>Revisión cura</i>	5	0	4	2	1
<i>Retención urinaria</i>	0	0	1	1	1
<i>Disuria y tenesmo</i>	0	0	0	1	0
<i>Diarrea</i>	1	0	0	0	0
<i>Sde. Gripal</i>	1	0	0	0	0
<i>Prurito anal</i>	0	0	1	0	0
<i>Eccema anal</i>	0	0	1	0	0
<i>Va directo a Urgencias</i>	0	0	1	0	1
<i>Cefaleas</i>	0	0	0	0	1
TOTAL	62	53	53	62	41

10.- Sexo: (GRÁFICO 19)



	96	97	98	99	00
Hombres	390 (71,6%)	463 (75,4%)	464 (71,8%)	528 (75,8%)	562 (75,2%)
Mujeres	154 (28,3%)	151 (24,5%)	182 (29,6%)	168 (24,1%)	185 (24,7%)

11.- Media de enfermos intervenidos / día: (GRÁFICO 20)



	96	97	98	99	00
<i>Sesiones Q.</i>	95	107	112	120	129
<i>Actos Q.</i>	544	614	646	696	747
<i>MEDIA</i>	5,72	5,73	5,76	5,8	5,79

12.- Pacientes intervenidos sin ingreso:

De los 8.078 pacientes intervenidos por el servicio de Cirugía, en cuanto a las patologías realizadas en la Unidad y excluyendo los procesos menores con Anestesia local, 3.247 lo

fueron sin ingreso lo cual supuso el 40'2 % del total de intervenciones realizadas y una media de 649'4 / año.

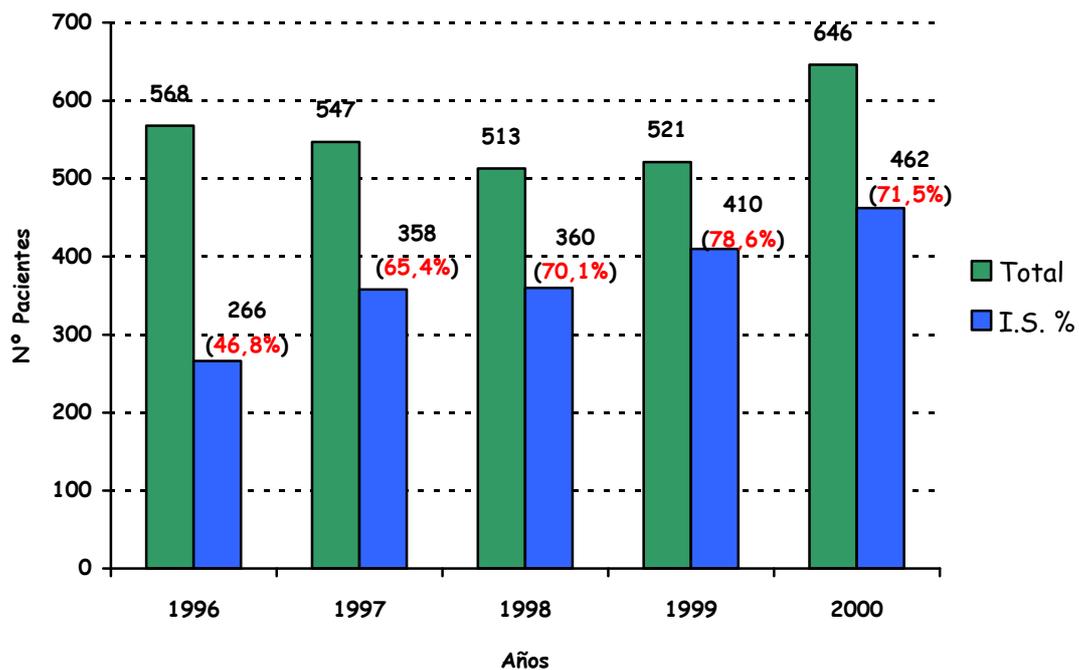
13.- Programaciones y cancelaciones quirúrgicas:

Las primeras alcanzaron la cifra de 3.291 pacientes, es decir 658'2 / año y, en cuanto, a las segundas, éstas fueron 44 (8'8 / año).

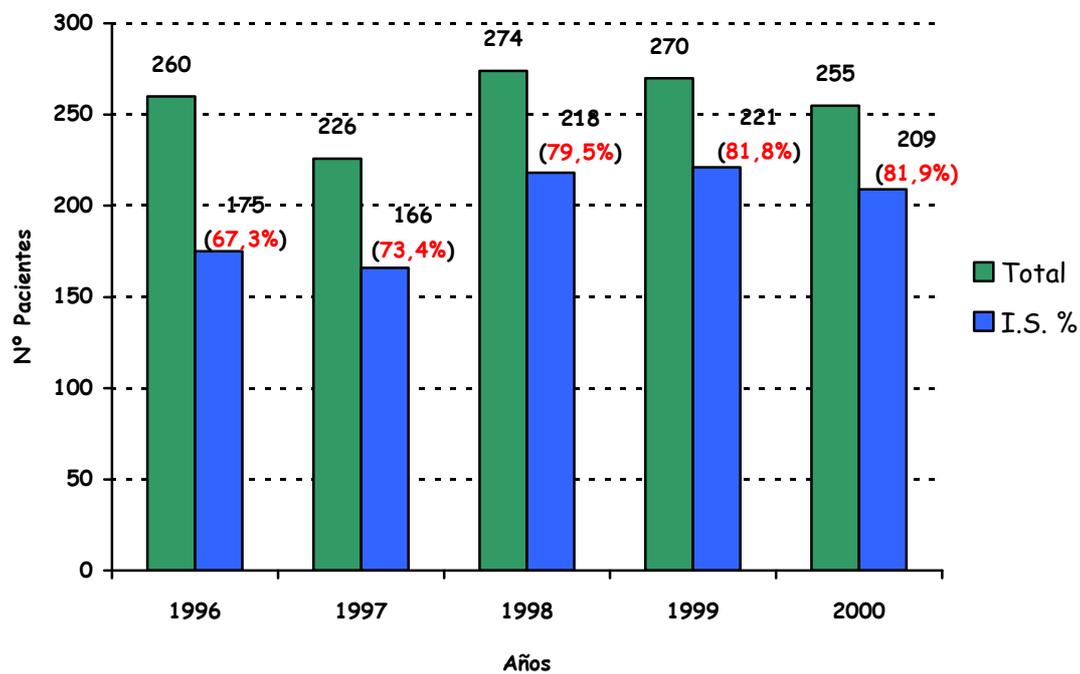
14.- Índice de sustitución por patologías: (GRAFICO 21 A, B,

c)

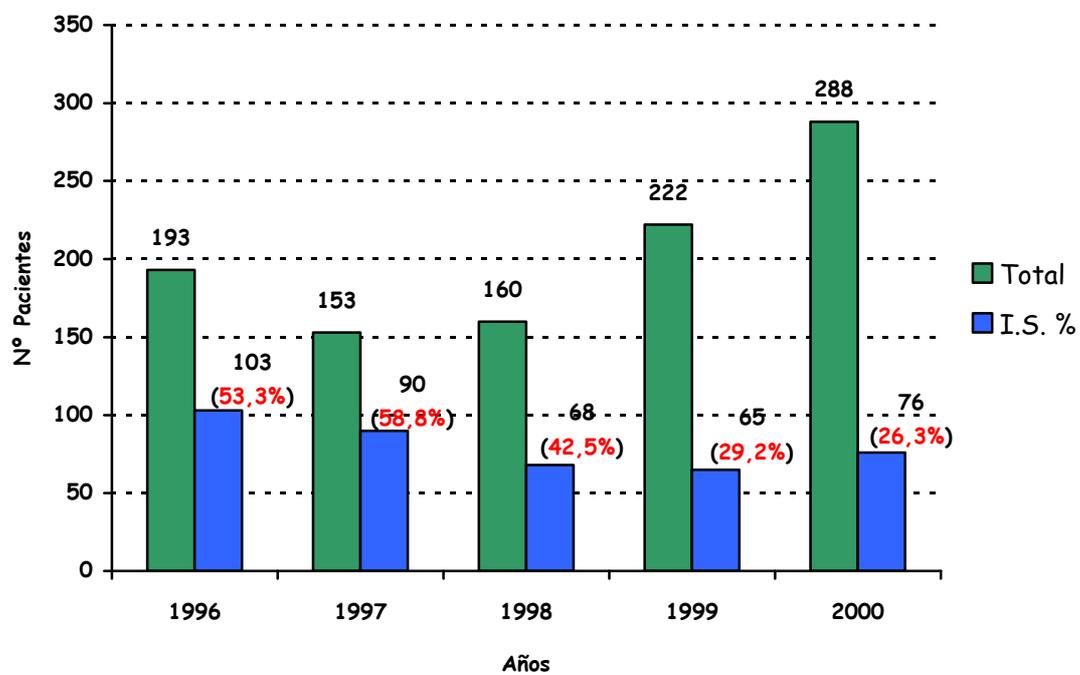
Pared abdominal (A)



Coloproctología (B)



Otros (C)



	1.996		
	S.I.	C.I.	I.S.%
<i>H. I-C</i>	226	225	50,1%
<i>H.V.</i>	38	26	59,3%
<i>H.V.I.</i>	2	51	3,7%
<i>HEM.</i>	39	40	49,3%
<i>F.A.</i>	33	8	80,4%
<i>F.P.</i>	19	12	61,2%
<i>S.P.</i>	84	25	77%
<i>T.+8cm</i>	47	17	73,4%
<i>Varices</i>	14	73	16%
<i>FAV</i>	5	0	
<i>Otros</i>	37	0	
TOTAL	544		

	1.997		
	S.I.	C.I.	I.S.%
	311	135	69,6%
	43	11	79,6%
	4	43	9%
	22	46	32,3%
	27	1	96,4%
	29	6	82,8%
	88	7	92,6%
	50	2	96,1%
	17	61	21,7%
	3	0	
	20	0	
	614		

	1.998		
	S.I.	C.I.	I.S.%
<i>H. I-C</i>	296	81	78,5%
<i>H.V.</i>	55	25	68,7%
<i>H.V.I.</i>	9	47	16,1%
<i>HEM.</i>	29	48	37,6%
<i>F.A.</i>	55	3	94,8%
<i>F.P.</i>	31	4	88,5%
<i>S.P.</i>	103	1	99%
<i>T.+8cm</i>	41	7	85,4%
<i>Varices</i>	13	85	13,2%
<i>FAV</i>	1	0	
<i>Otros</i>	13	0	
TOTAL	646		

	1.999		
	S.I.	C.I.	I.S.%
<i>H. I-C</i>	355	48	88%
<i>H.V.</i>	51	10	83,6%
<i>H.V.I.</i>	4	53	7%
<i>HEM.</i>	36	28	56,2%
<i>F.A.</i>	58	3	95%
<i>F.P.</i>	30	18	62,5%
<i>S.P.</i>	97	0	100%
<i>T.+8cm</i>	40	0	100%
<i>Varices</i>	5	157	3%
<i>FAV</i>	0	0	
<i>Otros</i>	20	0	
TOTAL	696		

	2.000		
	S.I.	C.I.	I.S.%
	378	91	80,5%
	73	19	79,3%
	11	74	12,9%
	65	16	80,2%
	54	7	88,5%
	29	14	67,4%
	61	9	87,1%
	68	14	82,9%
	2	198	1%
	0	0	
	6	0	
	747		

S.I.: Sin ingreso.

C.I.: Con ingreso.

I.S.: Índice de sustitución.

DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

La CMA, como modelo sanitario asistencial, debe aunar conceptos tan de moda y a la vez tan opuestos como son: la disminución de los costes por proceso y la práctica de una medicina segura y de calidad.

El intento de utilizar y aplicar eficazmente los recursos disponibles para la prestación de servicios sanitarios es lo que ha llevado al progresivo aumento de procesos realizados bajo esta modalidad quirúrgica ambulatoria que en nuestro país, y a falta de datos fiables, no ha alcanzado el **20%** de la actividad quirúrgica electiva.

El protagonista es el paciente al cuál, la oferta de servicios debe proporcionarle la misma comodidad y seguridad con la mínima interrupción posible de su vida diaria.

En la puesta en marcha de una unidad de CMA consideramos las siguientes aspectos:

Planificación: para conocer y prever las necesidades en el estudio de la oferta-demanda atendiendo a los siguientes puntos: ^{42,43,44}

1.- El estudio de la población determina la demanda de servicios y su proyección en función de la tendencia demográfica del área sanitaria con el fin de determinar, en base a criterios de

selección, los pacientes y procesos a incluir en el programa de CMA.

2.- Estructura: decidir el tipo de Unidad más adecuada a nuestras necesidades y posibilidades.

3.- Recursos humanos: muy importantes. Deben ser Unidades "ágiles y dinámicas" con personal implicado en el trabajo, con buena relación entre ellos y especialmente con los pacientes. Todos deben sentirse partícipes de los resultados y de las medidas encaminadas a mejorar la atención prestada.

4.- Valoración presupuestaria: en cada caso y de forma individualizada sin que el ahorro signifique funcionar por debajo de unos estándares mínimos de calidad.

Criterios de selección de los pacientes: apartado crucial y en continúa revisión, pues desde la exhaustiva prudencia inicial en la selección basada en adecuados controles de calidad y costes, se acepta de forma razonable comenzar con procesos de baja complejidad e ir ampliando progresivamente a pacientes con patología asociada y/o que vayan a ser operados de procedimientos quirúrgicos complejos atendiendo aspectos personales, médico-quirúrgicos y socio-familiares.

Proceso asistencial y circuito de pacientes: que se inicia con el diagnóstico del proceso y el estudio preoperatorio en Consultas Externas para proceder a la citación, recepción y preparación del paciente a la INTERVENCIÓN, su paso por la

URPA y la sala de deambulaci3n, regresando a su DOMICILIO el mismo d3a de la intervenci3n y siendo citado para un control postoperatorio a los 7 d3as.

Por 3ltimo **Control de la calidad** en funci3n de:

1.- Acreditaci3n: el sistema m3s aceptado es el del "Australian Council on Healthcare Systems (ACHS)" basado en 8 grupos obligatorios:

- Direcci3n y gerencia del centro.
- Servicios m3dico-quir3rgicos.
- Personal.
- Instalaciones, equipos y entorno.
- Pol3ticas y procedimientos.
- Archivo de historias y sistemas de informaci3n.
- Servicios centrales.
- Programa de control y garant3a de calidad.

2.- Evaluaci3n de resultados: al evaluar los nuestros y nuestras actuaciones podremos iniciar mecanismos encaminados a mejorar la calidad y nada mejor para obtener unos indicadores cl3nicos de calidad, los cuales son una objetivaci3n del proceso y de los resultados de la atenci3n prestada en t3rminos cuantitativos, que recoger los siguientes datos:

- Tasa de pacientes intervenidos en r3gimen ambulatorio.
- Tasa de espera hasta la intervenci3n.

- Tasa de intervenciones canceladas.
- Tasa de ingresos.
- Tasa de reingresos.
- Tasa de reintervenciones.
- Grado de satisfacción del paciente.

Analizando y valorando la **Rentabilidad del sistema** para optimizar los recursos y conseguir una disminución de los costes por proceso (eficiencia de la intervención realizada) sin disminuir la calidad asistencial.

Es el propio personal, quien realizando estudios de coste por proceso y el ahorro generado comparativamente con el mismo proceso realizado por cirugía convencional, el principal "factor" de la CMA.

El programa de calidad de una Unidad de CMA obliga a definir y monitorizar una serie de indicadores que deben ser validados para medir la calidad, capaces de diagnosticar los problemas, sencillos de aplicar y fáciles de aceptar. Los más importantes a emplear son:

- 1) **Tasa de complicaciones:** la mayor parte de los estudios no recogen un aumento de este indicador, no debiendo olvidar que al ser el tiempo de ingreso menor, las complicaciones, si aparecen, lo hacen en el domicilio del paciente. En nuestros resultados se ha evaluado el motivo y

número de llamadas en las primeras 24 horas, la hora del alta, el control telefónico postoperatorio durante las primeras 24 horas y la revisión en Consultas Externas a los 7 días. La cifra real en el global de los cinco años en cuanto a tasa de complicaciones postoperatorias inmediatas fue del **6´9%**, como media en este período de tiempo, oscilando entre el **9%** del primer año y el **4,4%** del último. Lo que equivale en cifras totales a **224** complicaciones postoperatorias inmediatas en los 5 años durante los cuales se realizaron **3.247** actos quirúrgicos.

2) Tasa de readmisión: en función de variables como técnica quirúrgica, tipo de anestesia y experiencia del cirujano, los trabajos publicados hablan de que este indicador debe ser lo más bajo posible. Nuestro balance global ha sido del **0%**.

3) % de pacientes que no pueden darse de alta: los estudios realizados y publicados indican que es pequeño, oscilando entre el 1 y 4%. Variable debida en parte a la diferente complejidad de las intervenciones realizadas en cada Unidad. En nuestra serie ha sido del **0´3%** en el global del estudio, atendiendo a las siguientes causas: fibrilación

auricular, broncoaspiración, dolor, hiperglucemia, dificultad técnica, exceso de sedación y cambio de diagnóstico.

4) **% de mortalidad:** del 0% como en otras series.

Satisfacción del usuario: componente importante de la calidad es la sensación percibida y la mayor parte de los estudios realizados demuestran que la mayoría de los pacientes expresan mayor satisfacción con el no ingreso, aunque algunos prefieren los cuidados hospitalarios. En EEUU cuanto más se extiende la práctica de esta modalidad quirúrgica mayor es la aceptación de la misma por parte de los pacientes, lo cual significa que a medida que cambian las prácticas médico-quirúrgicas también van cambiando las expectativas y preferencias de los usuarios, es decir, los pacientes. Sin reflejo cuantificado y en fase de incluir una encuesta pre y postoperatoria (ANEXO V), la idea general de nuestros cinco años de trabajo es de un notable alto.

5.1. TIPO DE UNIDAD

Un programa de CMA debe aportar al personal sanitario y a los pacientes confianza, seguridad y las suficientes ventajas que significan el regreso a su domicilio el mismo día de

la intervención. El personal sanitario confiará en que el paciente asumirá lo prescrito y éste, a causa de su rápida incorporación al medio habitual, se responsabilizará de su autocuidado. Ambas partes coincidirán en un espacio físico, la UCMA o UCSI, la cuál no es sólo un medio perioperatorio sino el punto clave de la calidad del sistema.

Para el sistema sanitario el interés por la CMA resulta de que al tener progresivas y crecientes demandas asistenciales, la única forma eficiente de evitar estancias innecesarias es ambulatorizar procesos sin riesgo evidente o controlado. El beneficio de esta práctica para pacientes, profesionales y los propios gestores es la disponibilidad de un mayor número de camas hospitalarias para aquellos procesos que las requieran.

Una Unidad de CMA debe ser valorada de forma muy precisa para que asegure las necesidades y expectativas de facultativos, personal de enfermería y pacientes. Al personal sanitario debe transmitirles seguridad, comodidad e idoneidad para realizar el trabajo perioperatorio; al paciente y acompañantes debe ofrecerles acceso fácil y cómodo, sensación de seguridad y una pronta reintegración a su entorno^{10,45}.

Revisando la literatura nos encontramos con la definición y diferencias entre las Unidades de CMA, que clasifica en las ubicadas en un hospital general y las autónomas o freestanding.

Estas últimas utilizan recursos humanos propios e instalaciones independientes del hospital; además, exigen inversiones cuantiosas que precisan una exhaustiva planificación que justifique su utilidad y beneficio. Por otra parte, su mayor inconveniente y desventaja son el carecer de los apoyos diagnósticos y terapéuticos hospitalarios, lo cual significa que, en el caso de aparecer complicaciones, deben remitir los pacientes al centro hospitalario.

En cuanto a las Unidades ubicadas en un hospital general, podemos distinguir tres niveles en función de su mayor o menor integración con los servicios quirúrgicos tradicionales⁴⁵:

- **En un primer nivel (tipo I)** estarían las que comparten elementos físicos y personal con el hospital. A favor, tienen su fácil puesta en marcha ya que los gastos de instalación y adecuación son mínimos y en contra, la devaluación del programa de CMA al perder el carácter diferencial de calidad y forma de trabajo. Sólo tiene razón de ser en centros cuyas previsiones de cirugía sin ingreso sean muy limitadas.
- **En un tercer nivel (tipo III)** se encontrarían aquellas Unidades situadas dentro del hospital con espacio físico específico y dotaciones propias pero cuyo personal, al igual que en el caso anterior, mantiene la doble dependencia funcional de los

servicios quirúrgicos tradicionales y del programa de CMA. Necesitan mayores inversiones, tanto si son de nueva creación como de adecuación de locales ya existentes, pero tienen sentido para aquellos que estimen realizar entre dos y tres mil intervenciones anuales entre las distintas especialidades quirúrgicas.

- **Unidades tipo II**, intermedias entre las dos anteriores y también ubicadas en el hospital. Comparten medios humanos y materiales, tienen uno o dos quirófanos en exclusiva y disponen de una unidad de readaptación al medio.

Para el desarrollo de un programa de CMA el tipo de Unidad depende de dos factores fundamentales:

- Volumen de pacientes previstos.
- Disponibilidad económica.

En virtud de los factores señalados, será cada centro el que decida cuál debe ser la Unidad que más y mejor se adapte a sus necesidades y posibilidades.

Creemos que las **Unidades tipo I** deben ser descartadas por su nula diferenciación con los programas de la cirugía tradicional.

Como punto de partida creemos que la puesta en marcha de un programa de CMA debe iniciarse en una **Unidad tipo II**, la cual es una señal diferenciadora del programa de trabajo para el paciente y cuya acreditación a corto plazo es una realidad tanto para gestores como profesionales, sin olvidarse de que en el caso de que surjan complicaciones todos nos beneficiamos de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del centro.

Bien es cierto que esta misma calidad es ofertada por la **Unidad autónoma (freestanding)** pero que como ya quedó reseñado anteriormente debe establecer un adecuado plan de actuación ante la posible aparición de complicaciones al carecer de soporte hospitalario.

En el Hospital Arnau de Vilanova la puesta en marcha de la UCSI se inició en 1.996 de forma **integrada y controlada** por el servicio de Cirugía General.

En su actividad comparte sala, quirófanos y personal, pero con una cierta autonomía en su funcionamiento.

El no ser una **Unidad Multidisciplinaria** (ginecología, oftalmología, traumatología, ORL, ...) y serlo solo de Cirugía General no permite establecer dentro de esta discusión un **estudio comparativo real** pues las publicaciones existentes

valoran la experiencia y resultados globales de las diferentes especialidades quirúrgicas y no particularizado por cada una de ellas, como es el caso de nuestra unidad. Reseñar, tan sólo, el artículo⁵⁷ de la UCSI del servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Joan XXIII de Tarragona sobre la actividad realizada en su primer año de funcionamiento.

No es una "verdadera" Unidad en el sentido conceptual y estructural propiamente dichos pero sí una oferta quirúrgica más al paciente por parte del Servicio de Cirugía.

La Unidad entendida como una "forma de hacer cirugía" sin estructura física ni humana propias implantó un programa de cirugía sin ingreso resultado del estudio de la demanda quirúrgica del servicio y con una importante repercusión sobre su lista de espera.

Conociendo las posibilidades económicas de nuestro hospital apostamos por la idea de que lo esencial de esta práctica quirúrgica se realiza en un QUIRÓFANO, pieza clave de la técnica y del gasto, y que la ANESTESIA debe considerarse como un medio y no como un fin.

En definitiva creemos que este tipo de Unidad con mínimas inversiones, personal polivalente y manteniendo una línea diferenciadora asegura calidad asistencial y seguridad, resultados razonables y una aceptación progresiva, creciente y

espontánea por parte de los pacientes de ser incluidos en este tipo de programa quirúrgico.

El Hospital Arnau de Vilanova presta su asistencia especializada en el marco del Área de Salud nº 5 de la Comunidad Valenciana que engloba un amplio territorio poblacional y geográficamente lleno de contrastes paisajísticos y climatológicos desde la zona rural hasta la población urbana del cinturón de Valencia y la propia capital.

El análisis del Área de Servicio no debe tener tanto en cuenta el número de habitantes a cubrir como la distribución geográfica de la misma ya que se trata de un factor determinante en el fácil acceso o no al centro hospitalario. A su vez debe conocer cuál es la demanda real de su labor asistencial analizando este punto de forma individualizada para cada área sanitaria.⁴⁶

De igual forma resulta razonable comenzar con procesos de baja complejidad e ir ampliando la cartera de servicios en función de cada área sanitaria y de los resultados en base a calidad, costes y grado de satisfacción de los pacientes.

No podemos dejar de lado aspectos clave en el éxito de un programa de CMA como son los medios de transporte, un teléfono de contacto permanente con la Unidad y que el hospital se encuentre a menos de 60 km de distancia o a una hora del domicilio del paciente.

El reconocimiento y profundo análisis de esta problemática sin solución llevará a tenerlos en cuenta como connotaciones de no inclusión en el programa de CMA y no como fracaso del mismo, pasándolos al de ingreso y tratamiento por problemas sociales.

Para el buen funcionamiento de un programa de CMA la selección de los pacientes es, quizás, el aspecto clínico más importante. Disminuir los ingresos no planificados será consecuencia de una correcta selección junto a la valoración del procedimiento quirúrgico a realizar, la patología asociada y el entorno del paciente.

Si bien estos criterios no deben considerarse fijos sino sujetos a continuos y progresivos cambios debido a la aparición de nuevas técnicas quirúrgicas, nuevos materiales para las anestésias loco-regionales y fármacos anestésicos de más corta duración y menos efectos secundarios que deben ir siendo aplicados y adaptados para ir cambiando la práctica y experiencia de cada Unidad.

Los procedimientos quirúrgicos no deben clasificarse según la técnica anestésica utilizada sino que deben ser de naturaleza no complicada, con mínimas pérdidas sanguíneas y alteraciones fisiológicas, que no tengan dolor postoperatorio intenso y realizándose en tiempos no excesivamente prolongados.

Dejando a un lado el procedimiento quirúrgico al que va a ser sometido el paciente, la evaluación preoperatoria de su

patología asociada se considera, también, fundamental para disminuir el número de ingresos hospitalarios no programados.

En líneas generales, el paciente ideal es el que no presenta problemas médicos agudos que precisen ingreso para su control postoperatorio.

Al igual que ocurre con los criterios de selección del procedimiento quirúrgico, en este caso también los criterios de selección en cuanto a patología asociada están experimentando un constante cambio en los últimos años, debiendo cada Unidad exponer los suyos.

La selección de los pacientes por su estado físico siguiendo la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) no se limita a los tipo I y II, sino que también considera a los de tipo III estabilizados y en función del acto quirúrgico a realizar.

Mención aparte requieren para su estudio individualizado y de decidir o no su inclusión en el programa ambulatorio los pacientes con obesidad severa ⁴⁹, alcoholismo crónico, fumadores importantes o adictos a otras drogas y anemia de células falciformes y los que sufren retraso mental sin otra patología concomitante. También es adecuado el paciente que deba ser sometido a un procedimiento quirúrgico urgente, en función de la naturaleza de éste y del tiempo de ayuno, como es el caso del drenaje de abscesos.

La posibilidad de embarazo debe ser siempre investigada.

La edad, por sí misma, no es un factor excluyente. Sin límite superior, debe evaluarse más la edad biológica que la cronológica de cada paciente en particular, así como la intervención y la técnica anestésica a realizar. Se deben excluir los lactantes prematuros, incluso sanos, por el riesgo de apnea postanestésica, los niños menores de un año e historia familiar de muerte súbita y los pacientes añosos con patología asociada y complicada situación socio-familiar^{47,48}.

En el estudio de la población deben cumplirse, además, otros condicionantes relacionados con el entorno social y cultural:

- Domicilio en condiciones adecuadas (higiene, accesibilidad), cercano en tiempo y distancia al hospital, y con teléfono de contacto.
- Atención por parte de un adulto responsable, con coche disponible el día de antes y después de la intervención.
- Información adecuada, aceptación del paciente y/o familiares de ser incluido en esta modalidad quirúrgica.

La forma de seleccionar los pacientes puede ser realizada de diferentes maneras y cada Unidad lo hará en función de sus necesidades y características; no obstante la relación cirujano-

anestesiólogo es fundamental porque de su comunicación-colaboración se deriva que la visita del paciente a la consulta de ambos sea efectiva y eficiente. Los dos consiguen una valoración global, un estudio preoperatorio con o sin pruebas complementarias, información detallada al paciente y/o familiares, planificación de los cuidados perioperatorios y obtención escrita del consentimiento informado.

En el análisis poblacional existe un predominio del sexo masculino que se incrementó del 71,6% del año 1.996 al 75,2% del 2.000; ASA I, de 20 a 60 años (alcanzando los 70 en los dos últimos años). En cuanto a los antecedentes presentados estos resultaron ser:

- " cirugía previa" (del 43,1% del año 1.996 al 57% del 2.000).
- disminución del parámetro "dos o más patologías asociadas", tales como Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Obstrucción crónica del flujo aéreo, Cardiopatías y Alergias (56,9% del año 1.996 al 28,2% del año 2.000).
- "sólo medicación" del 14,3%.

No debemos olvidar el detalle de que a pesar de insistir en que la adecuada y correcta selección de los pacientes es fundamental para el éxito y desarrollo de un programa de CMA, no menos cierto es el hecho de la constante, progresiva y cada

vez mayor presencia de patología concurrente, incidencia tal que no ha supuesto en ninguno de los casos, ni en el nuestro tampoco, un problema clínico de difícil tratamiento y con una incidencia mínima en la tasa de ingresos no previstos, que para nosotros y en el global de los cinco años ha sido del 0,3%, cifra acorde con los resultados publicados.⁵⁷

5.2. PATOLOGIAS A TRATAR

Valiéndonos del concepto de "atención a procesos tratados con cirugía bajo anestesia local, regional o general con los cuidados postoperatorios necesarios, sin necesidad de ingreso hospitalario y que pueden ser dados de alta 1 - 2 horas después de ser realizados" podemos ver como la CMA puede y debe ofertarse a un importante número de procedimientos quirúrgicos, cuyo volumen incrementa las listas de espera y que son perfectamente encajables dentro de esta modalidad quirúrgica.

Es evidente el hecho de dejar fuera de este amplio abanico de procesos los subsidiarios de "cirugía menor ambulatoria" bajo anestesia local, es decir, la llamada "cirugía menor".

Como en toda la cirugía en un programa de CMA la meticulosidad de la técnica quirúrgica debe ser extraordinaria para conseguir una rigurosa hemostasia, mínimo traumatismo tisular y eliminación de espacios muertos con disminución en la

tensión de la sutura y el empleo de materiales bien tolerados para reducir al máximo las posibles complicaciones que puedan acontecer en el postoperatorio.

Coincidimos con lo publicado⁵⁰ que además de las instrucciones específicas para cada proceso hay que tener en cuenta las comunes para todos y que los motivos obligados de consulta al médico sean:

- Tª superior a 38°C.
- Sangrado excesivo.
- Dolor progresivo e intenso que no ceda con la analgesia pautada.

Al igual que otros grupos de trabajo⁵¹ creemos que los procesos subsidiarios de CMA, en la especialidad de Cirugía General, pueden clasificarse en 5 grupos:

1) Pared abdominal:

- Hernias inguino-crurales.
- Hernias ventrales primarias y secundarias.

2) Coloproctología:

- Fisura anal.
- Fístula simple anal y perianal.

- Hemorroides.
- Sinus pilonidal.

3) Mama:

- Tumores benignos de 4 - 6 cm. de diámetro.
- Ginecomastias.

4) Partes blandas:

- Tumoraciones de más de 7 - 8 cm. de diámetro y/o multicéntricas.

5) Vascular:

- Varices.
- FAV.

Todos estos procedimientos quedan englobados en el nivel II de la clasificación de Davis ya comentada anteriormente.

Por grupos de diagnóstico y en la línea de lo publicado en las diferentes series consultadas ^{52,53,54,55,56} coincidimos con las siguientes indicaciones y recomendaciones postoperatorias :

- PARED ABDOMINAL: deben quedar excluidas aquellas hernias que sean de tamaño voluminoso y las que requieran drenajes de la herida. Recomendaciones:

- Al llegar al domicilio reposo en cama hasta el día siguiente.
 - Dieta blanda 48-72 horas.
 - El segundo día deambular, el tercero paseos cortos y cura de herida , y a los siete días revisión en consultas externas del hospital.
 - Analgésico cada 8 horas durante los tres días posteriores a la intervención.
 - No esfuerzos ni coger pesos durante los 15 días siguientes a la intervención.
-
- COLOPROCTOLOGIA: sólo se excluye la patología muy compleja y de gran componente séptico. Recomendaciones:
 - Permanecer en el domicilio durante los dos días posteriores a la intervención.
 - Dieta rica en frutas y verduras con abundantes líquidos.
 - Analgésico cada 8 horas durante 24-48 horas.
 - Suplemento de fibra cada 12 horas sino hay deposición en 48 horas.
 - Acudir a revisión a los 7 días.
 - Informar sobre la posibilidad de expulsar pequeñas cantidades de sangre después de la defecación.

- “Baños de asiento” con agua templada dos veces al día y especialmente tras cada deposición.
 - En el caso del sinus pilonidal, además de mantener la zona rasurada durante dos meses, informarle de que puede aparecer un aumento de la temperatura.
-
- **MAMA:** solamente están contraindicadas las lesiones malignas conocidas o benignas en pacientes de alto riesgo. En cuanto a las recomendaciones, éstas son las propias y comunes a todos los procedimientos de CMA.
 - **PARTES BLANDAS:** la única contraindicación la produce la necesidad de tener que dejar drenajes postoperatorios en la herida.
 - **VASCULAR:** descartado el síndrome varicoso acompañado de úlceras cutáneas porque en él aumenta la posibilidad de padecer celulitis postoperatoria en el trayecto safeno, las recomendaciones a seguir son:
 - El primer día reposo en cama con la pierna en alto y sólo levantarse para ir al baño. Al día siguiente deambular progresivamente sin permanecer de pie y/o estático.

- Analgesia cada 8 horas si dolor.
- Informar sobre la normalidad de que el vendaje aparezca ligeramente manchado de sangre.
- Revisión a las 48-72 horas.
- Baños de agua caliente tras la primera cura y levantamiento de vendajes.

Para los profesionales una garantía de éxito no sólo es que su práctica quirúrgica sea efectiva, sino que a ésta se le añadan su eficiencia y aceptabilidad por parte de los pacientes.

En el marco de la mejora de la eficiencia nacen las Unidades de cirugía sin ingreso con la idea de demostrar, por lo menos, una efectividad equivalente a la lograda por la cirugía tradicional; sin olvidar que su éxito va ligado en gran medida a que este tipo de asistencia sea aceptada por el receptor, es decir, el paciente.

Características de estas Unidades son el esfuerzo personal y organizativo, la preocupación por la información que se da y el trato especial en las relaciones con el paciente y sus familiares.

Muy importante resulta el hecho de que se defina correctamente la cartera de servicios de la Unidad, es decir, los procedimientos quirúrgicos aptos para este tipo de cirugía, así como las patologías asociadas, las cuales, en ningún momento, deben contraindicar la misma. Si bien es didáctico ofertar servicios a la población, éstos deben adecuarse a cada centro

hospitalario en función de sus recursos y de la formación de sus profesionales.

La CMA no sólo mejora la gestión y la calidad de sus servicios sino los del hospital en su conjunto, aunque no halla relación lineal entre resultados y estructura física.

Garantizar la calidad asistencial de un programa de CMA obliga a una investigación cualitativa de la validez interna del grupo de trabajo y de la validez externa, en cuanto a la selección de expertos relacionados con el proceso. De esta forma se determinan solamente criterios científicos y técnicos ya que los resultados son analizados desde el punto de vista profesional, al obviar en este tipo de investigación la opinión de los pacientes.

Así pues una validación más completa exige la confección y entrega de una encuesta pre y postoperatoria para conocer la percepción que tiene el paciente sobre esta modalidad quirúrgica.

5.3. ¿CUÁL ES EL IMPACTO DE LA CMA?

En nuestro entorno socio-laboral su difusión se ha visto favorecida por la necesidad de incrementar la eficiencia del sistema sanitario debido a la existencia de listas de espera quirúrgicas y presiones asistenciales para tener una mayor actividad quirúrgica.

Estos aspectos han llevado a que la cirugía sin ingreso repercuta sobre:

1) La actividad hospitalaria.

Como alternativa a la hospitalización convencional, la CMA ahorra estancias y camas, lo cual aumenta el índice de rotación y por lo tanto la efectividad del hospital al destinar los recursos ahorrados a otros pacientes y a la demanda presionante y pendiente de ser atendida.

El realizar de manera ambulatoria el acto quirúrgico permite aumentar la actividad del área de quirófanos, disminuir la espera para realizar determinadas intervenciones, sin depender de la disponibilidad o no de camas. No obstante si las listas de espera se emplean como mecanismo de contención de la demanda, la CMA puede ser lo que algunos autores llaman "efficiency trap" o "trampa de la eficiencia"^{60,61,62,63}, es decir, a mayor eficiencia mayores actividad, demanda y gasto total.

Distintos autores de Gran Bretaña^{64,65} y de nuestro país ponen de manifiesto que el aumento de la CMA no sustituye a la cirugía con ingreso, sino que su aumento se superpone a valores estables o crecientes de la segunda. Parece ser que sólo en poblaciones con una alta previsión de servicios, este tipo de cirugía llega a reemplazar a la tradicional; aunque sigue

reafirmando en el importante ahorro sobre las estancias hospitalarias.

2) La calidad asistencial.

La premisa básica de la CMA es que se reduce el coste por proceso con la misma o mayor calidad de la asistencia.

Desde el prisma de la calidad científico-técnica resulta difícil valorar los resultados clínicos de una cirugía con la de siempre. Resulta necesario centrarse, por consiguiente, en indicadores de morbilidad y calidad percibida de la atención sanitaria.⁶⁶

Por ser muy bajas se han desestimado las tasas de mortalidad para los procesos electivos tanto ambulatorios como con ingreso; siendo uno de los indicadores más utilizados la tasa de complicaciones postoperatorias mayores y no menores como supuración o infección de herida.^{67,68}

La mayor aceptación y satisfacción por parte de los pacientes, es decir, la calidad percibida basada en el menor tiempo de espera para ser intervenido, la reducción de su estancia hospitalaria y una menor interferencia en su vida diaria es variable³⁴, si bien es cierto que el protocolo selectivo del paciente susceptible y una, más y mejor, información del proceso ambulatorio, según los estudios⁶⁹, inclinan progresivamente la balanza hacia el acto quirúrgico ambulatorio.

3) La organización y funcionamiento de los hospitales.

El realizar CMA implica desarrollar actos administrativos y clínicos, así como la circulación de pacientes en su entorno estructural y organizativo, es decir, flujo y selección de pacientes, protocolo de procesos a realizar (cartera de servicios), pre y postoperatorio, criterios de alta, seguimiento ambulatorio y costes.

Las estructuras organizativas idóneas para desarrollar esta modalidad asistencial son las Unidades de CMA, ofertadas individualmente por cada servicio quirúrgico o de forma multidisciplinaria.⁷⁰

La experiencia nacional e internacional manifiesta que estas Unidades pueden desarrollarse a pleno rendimiento y no interferir con los dispositivos asistenciales ya existentes.

La razón de ofertar un buen servicio pasa por una adecuada supervisión, utilización de protocolos basados en la evidencia científica y disponer de instalaciones cómodas para los pacientes y específicas para la labor asistencial de los profesionales.

4) El aspecto económico.

En la literatura se habla de que la CMA aumenta la eficiencia del sistema al mantener los resultados con un menor consumo de recursos y coste unitario; siendo muy pocos estudios los que confirman que la CMA es más costo-efectiva que la cirugía con ingreso.^{34,71}

En cifras se habla que entre un 25 y 30% oscila la reducción del coste por proceso, si bien el coste en sí de la intervención es similar entre ambas cirugías, aunque el coste "hotelero" disminuye en la CMA.

No parece evidente el hecho de que el coste hospitalario se reduzca al traspasar éste al sector extra-hospitalario, es decir, a Atención Primaria y familia.

En nuestro país no existe evidencia empírica al respecto y los estudios internacionales estiman que estos costes son muy reducidos.³³

Sin estudios nacionales que demuestren el beneficio coste-efectividad de la CMA en nuestro sistema sanitario y con la prudencia de no generalizar y extrapolar los resultados de los estudios internacionales a nuestro medio, si que se puede afirmar que aumentar la productividad quirúrgica mediante CMA es menos costoso que hacerlo a través de la cirugía con ingreso, a pesar de que el incremento de la cirugía ambulatoria se acompaña de un aumento de la actividad quirúrgica global, circunstancia que

no ocurre en la misma proporción con la cirugía tradicional, a lo cual se une un mayor gasto global para el centro.^{72,73,74}

Sin embargo, este aumento del gasto sería menor que el aumento de la productividad del centro, ya que el coste marginal de cada proceso adicional es menor.⁷⁵

En nuestro caso la actividad ambulatoria del Servicio de Cirugía General es desarrollada en una Unidad independiente que se nutre de la lista de espera de la cirugía "tradicional", practicada por cirujanos con dedicación a la misma, personal de enfermería propio y con 4 días de quirófano a la semana.

La no disponibilidad de uno o varios anesthesiólogos adscritos a la Unidad no ha influido en la progresión de la técnica anestésica a más y mejor para el paciente, siempre y cuando lo permita la patología y las características del mismo, en lo referente al empleo de anestésicos locales o regionales junto a la sedación e incluso anestesia raquídea o general sin menoscabo de una pronta recuperación y alta en el día de la intervención.

En este sentido ha sido y es la propia dinámica de la Unidad la que ha ido variando la técnica anestésica ya que al tratarse de pacientes seleccionados y muy controlados en el postoperatorio, le ha permitido disminuir progresivamente el número de anestésias generales en favor de las regionales o de las locales mas sedación.

Variación positiva en cuanto a actitud que también se ha visto favorecida por el mayor aprendizaje, conocimiento y perfeccionamiento del "hacer quirúrgico" de los cirujanos.

El progresivo aumento del número de procesos ambulatorizados desde la puesta en marcha de la Unidad se ha debido a una mejor y más fluida información al paciente, conocimiento por parte de éste de la existencia de esta modalidad quirúrgica, al mayor convencimiento de los quirúrgicos al no observar mayor número de complicaciones y al empleo de las mismas técnicas que en la cirugía tradicional.

Los resultados obtenidos implican un ahorro importante, una liberalización de las camas hospitalarias para otros procedimientos más graves y mayores, y el ofertar un servicio de calidad. Lo dicho se traduce en un menor coste por proceso, menor riesgo de infección hospitalaria y una rápida reincorporación a la vida socio-laboral.

Siendo nosotros una unidad "especial", referida únicamente a cirugía general nuestros resultados son satisfactorios y comparables al resto de la bibliografía^{36,37,38,39} sin que en ella los mismos se aborden de forma extensa y cuantificada, siendo destacables los **índices de sustitución** obtenidos al revisar el tipo de patología incluida y enfermo seleccionado. Para nosotros han sido del 52,2% en el 96; del 64,5% en el 97; del 64,6% en el

98; del 66,1% en el 99 y del 64,4% en el año 2.000; resultando el global de los cinco años del **62,4%**.

La cifra de ingresos no deseados o reingresos, del **0,3%** en el global de los cinco años de nuestra Unidad, es muy aceptable y esto lo justifica la correcta selección de los pacientes, resultando fundamental en este punto la buena relación establecida con los profesionales de Atención Primaria, dándoles a conocer esta "forma de hacer cirugía", evitando así las molestias al paciente y/o familiares, ingresos innecesarios y visitas a urgencias por desconocimiento de los medios disponibles para atender las posibles complicaciones o dudas.

Así pues la CMA:

- Resuelve la patología quirúrgica de mediana complejidad.
- Reduce los costes por proceso al liberar recursos del hospital.
- Será aceptada y correcta para la población si se le informa adecuadamente sobre su funcionamiento y sistema de trabajo.
- Permite un mayor número de intervenciones.
- Obtiene una alta rentabilidad, apartado clave en la gestión clínica y administrativa del centro.

La CMA, si bien debemos cambiar los hábitos y la actitud respecto a la clásica convalecencia postoperatoria en el hospital,

mejora la calidad asistencial con un menor coste del acto quirúrgico.

Los pacientes tratados ambulatoriamente se van adaptando rápidamente al circuito creado y con el paso del tiempo se ha podido observar una mayor predisposición a utilizar esta vía para ser intervenidos. Aspectos importantes han resultado ser la divulgación informativa del profesional al paciente, sin olvidar la satisfacción mostrada por éste, consecuencia de lo cual le ha llevado a transmitir favorablemente a otros pacientes la experiencia vivida.

Llegados a este punto debemos poner de manifiesto, una vez más, que una de las principales preocupaciones de la CMA es la calidad asistencial, si bien se ha comprobado que esta "forma de operar" posibilita una mayor actividad con los mismos recursos. Sin embargo su fundamentación resultaría inútil y estéril si este ahorro produjera una peor calidad de la asistencia y costes no medidos en forma de reingresos o complicaciones.

El futuro abierto, incierto y siempre motivante nos llevará a incluir nuevas patologías, minimizar el tamaño de las incisiones, aumentar el uso de técnicas anestésicas para disminuir el dolor postoperatorio y lograr una más pronta recuperación de los pacientes; tal es el caso de la denominada "fast-track" o "vía rápida de recuperación" que pretende conseguir un paciente

completamente despierto en el quirófano que pase directamente a la sala de readaptación al medio evitando la U.R.P.A ^{58,59}.

Para ello debe actuarse sobre las técnicas quirúrgica y anestésica, analgesia, profilaxis antiemética,..., y controlar complicaciones postoperatorias inmediatas como son el dolor, los mareos, las náuseas o vómitos, la somnolencia,...

Controvertida, aún, su implantación y asentamiento real, constituye una atención perioperatoria encaminada a mejorar la eficiencia de la CMA sin aumentar la morbilidad y acompañada de un posible ahorro de costes sanitarios.

Que la CMA se ha visto y se ve como un fenómeno resolutorio a las listas de espera de enfermos quirúrgicos está claro, pero su verdadera aportación al sistema sanitario, en estos últimos años, ha sido el establecimiento de dos hechos: en primer lugar, la parcial erradicación del concepto de actividad quirúrgica tradicional al realizar procedimientos sin ingreso, y, en segundo lugar, la aceptación por parte del paciente de la convalecencia en su domicilio.

La CMA en Europa con respecto a EEUU nada tiene que ver ya que los intereses son distintos. Allí los objetivos son cuantificables y aquí se sigue debatiendo si la estructura física asegura o no la rentabilidad económica y asistencial.

Al margen del sistema sanitario, público o privado, y con la implantación de Unidades integradas en los hospitales de la red

pública, a diferencia del concepto americano de Unidades "freestanding" establecido en los centros privados, cabe reflexionar sobre cuestiones referentes a necesidad de disponer de una Unidad como tal, búsqueda de fórmulas más rentables para reducir las listas de espera, caminos distintos entre sanidad pública y privada, ...

Económicamente hablando nuestro sistema sanitario público no se ha reestructurado para disminuir gastos sino que los ha aumentado al incluir dichas Unidades en sus presupuestos. Desde el punto de vista médico-quirúrgico el auge de las Unidades de CMA es evidente si se tiene claro que el permanecer unas horas más de lo previsto o un día en el hospital no está en contraposición con la filosofía de la cirugía sin ingreso, al prevalecer siempre la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

Como modalidad quirúrgica significa resolver eficientemente la patología más frecuente de un hospital y como Unidad surge de la necesidad de reducir el tiempo de espera hasta la intervención aprovechando los recursos humanos y materiales disponibles e interrelacionando calidad asistencial y control del gasto.

La finalidad de una UCSI es restablecer al máximo los diferentes espacios de salud y no caer en el error de establecer

la equivalencia entre CALIDAD hospitalaria y CANTIDAD de salud, no constituyendo la salud el producto final de la Unidad.

En la cuestión del impacto económico determinado por la CMA podemos sintetizarla en los siguientes puntos:⁷⁰

- Sin apenas diferencias en cuanto al costo del proceso quirúrgico-anestésico.
- Reducción de las I.L.T.
- La economía de recursos está directamente ligada a las estancias evitadas y a los costos transferidos a la medicina primaria y a las propias familias evitándoles desplazamientos, absentismos, sustituciones, ...
- Aplicación de técnicas y tecnologías eficaces por parte de cirujanos bien formados para conseguir la máxima sustitución ambulatoria y la curación, a la primera, del problema quirúrgico planteado.

En este sentido la Asociación Española de Cirujanos, a través de la Sección de suturas y cicatrización realizó un estudio multicéntrico, con participación de diferentes servicios y centros hospitalarios, sobre la resolución de las hernias de la pared abdominal en 5.396 pacientes, excluidos los menores de 14 años y las eventraciones, recopilando aspectos epidemiológicos de

técnicas quirúrgicas, complicaciones y resultados, así como implicaciones socioeconómicas.

El 75% de los pacientes eran varones con una edad media de 54'9 años y el 25% restante mujeres con una edad media de 55'8 años, siendo la enfermedad cardiopulmonar (968-17'9%) seguida de la diabetes (433-8%) y la obesidad (377-7%) las enfermedades asociadas más frecuentes.

Resultó ser la hernia inguinal la patología más frecuente (3.888 pacientes), con un 87% de primarias y un 13% de recidivadas. A continuación la hernia crural (505 pacientes), el 96% primarias y sólo el 4% recidivadas. Por último, la hernia umbilical (347 pacientes) con sólo el 11% de recidivadas.

Para la hernia inguinal, el procedimiento clásico fue empleado como técnica quirúrgica en el 62% de los casos, utilizando la prótesis en el 38% (en las recidivadas siempre), con mínima morbilidad y con una hospitalización media de 3,1 días para los procedimientos clásicos y 4,5 días para los que se utilizó prótesis. Es preciso resaltar que no existieron diferencias significativas en la morbilidad entre pacientes con o sin colocación de prótesis.

En la hernia crural, fue la colocación de una prótesis el procedimiento más empleado (88%), ningún rechazo y un 2% de morbilidad. La hospitalización media fue de 2,5 días.

Para la hernia umbilical, la técnica de elección fue el cierre clásico (95%), una morbilidad del 3-5%, ningún rechazo y una hospitalización media de 2,5 días y de 3,2 días para las técnicas con utilización de prótesis.

Respecto a la Anestesia, ésta fue general para el 61%, epidural en el 26,5% y local para el 12,5% restante.

Aspectos económicos relacionados con la cirugía de la hernia publicados por el Institut Català de Salut en 1.994 sobre 2.476 pacientes hablan de una facturación de 551 millones (1,4% de los costes por actividades con hospitalización) y una estancia media de 5,3 días, es decir, 13.219 estancias hospitalarias consumidas.

Estas cifras se multiplican por cinco para la cantidad total invertida en esta patología para todo el Servei Català de Salut. No debiendo olvidar un gasto indirecto como es la incapacidad laboral transitoria (ILT), que no incide en el presupuesto de los hospitales pero sí en el gasto sanitario global.

Por todo lo expuesto se deduce que los esfuerzos deben ir dirigidos a:

- 1) Reducir los costes hospitalarios relacionados con la hernioplastia y su postoperatorio.
- 2) Reducir la ILT.
- 3) Reducir la morbi-mortalidad ligada a la espera superior a 3 meses para ser intervenidos.

4) Lograr la curación definitiva en la primera intervención.

Demostrado el hecho, desde hace más de treinta años, de que la patología herniaria puede y debe tratarse eficaz y eficientemente sin hospitalización, la UCSI del hospital de Viladecans inició la cirugía ambulatoria en 1.990 junto al hospital de Tomillar (Sevilla) y Valdecilla (Cantabria), los cuales comprobaron a través de un estudio multicéntrico correspondiente a los años 1.993 y 1.994 que el operado ambulatoriamente dejaba de consumir 4,5 estancias, el coste del día de la intervención no difería del operado con ingreso y que la ILT era de 58 frente a los 69 días en el caso del ingresado.

En su estudio global (3.150 intervenidos) en el que también incluyen diversas patologías como sinus, fisuras y fístulas, concluyen que la cirugía ambulatoria por este efecto de reducción de la ILT ahorró efectivamente del capítulo de seguridad social más de mil millones de las antiguas pesetas.

Sin la puesta en marcha de la CMA, el servicio de cirugía del hospital de Viladecans estima que la lista de espera sería de 70 semanas y que gracias al programa quirúrgico ambulatorio su demora no superó las 14 semanas en los años 1.993 y 1.994.

Si definida queda la aportación de la CMA a la actividad quirúrgica del sistema sanitario, no menos cierta es la

circunstancia de que el punto diferenciador entre la cirugía con o sin ingreso es dónde pasa el postoperatorio el paciente.

Resulta importantísimo, pues, que facultativos, personal sanitario y los propios pacientes consideren que los procedimientos realizados ambulatoriamente son tan eficaces o, a veces, más que otro tipo de procedimientos quirúrgicos practicados convencionalmente con hospitalización.

5.4. VENTAJAS Y DESVENTAJAS

5.4.1. ¿QUÉ DIFERENCIA EXISTE ENTRE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEMEJANTES REALIZADAS EN PACIENTES AMBULATORIOS U HOSPITALIZADOS?

Desde la óptica de las ventajas y desventajas ^{14,95} de la Cirugía Ambulatoria podemos realizar la siguiente valoración:

✓ VENTAJAS:

A) Beneficios para el paciente:

- **Mínima alteración de su modo de vida:** la no hospitalización le permite ver el acto quirúrgico como un acto médico incruento, a la terapia le resta gravedad e inicia más precozmente su vida habitual.

- **Atención más individualizada:** la percepción del paciente ambulatorio de ser el foco de atención de toda la acción sanitaria contrasta con la de los enfermos hospitalizados que aún recibiendo el mismo grado de atención quirúrgica, sus necesidades y deseos con frecuencia ocupan un lugar secundario debido a la necesidad de atender a otros pacientes con problemas de mayor gravedad.

- **Ansiedad del paciente atenuada:** el no estar con otro tipo de pacientes, obviamente más enfermos y desvalidos, es alentador y beneficioso para ellos.

- **Menor incapacidad y más pronta vuelta a la actividad laboral:** existen trabajos como el realizado por el "Methodist Medical Center de Illinois" en los que se demuestra el hecho de que el paciente asocia la idea de regresar a casa el mismo día de la intervención con una operación de pequeña complejidad y en consecuencia deambula antes y vuelve a trabajar más rápidamente.

- **El médico conserva el control sobre el paciente:** la propia burocracia del hospital, la demora en el ingreso y el número de personas que desean participar en la atención del paciente hacen que el médico pierda su control sobre él. Estos profesionales

ven en la CMA un medio para brindar atención más eficiente y eficaz a sus enfermos de forma directa y adecuada.

- Menor tiempo de estancia en el hospital.
- Elegir la posibilidad de ser intervenido por una vía distinta a la tradicional.

B) Menor coste de los procedimientos ambulatorios:

17,18,33,92,93,94

- A debate según el tipo de Unidad.
- Según la mayor parte de estudios realizados hasta un 20-30%.
- La reducción del coste total de un procedimiento varía sensiblemente entre los diferentes estudios debido a la metodología.
- Se ha comprobado que mejora la eficiencia hospitalaria produciendo menos coste económico y mayor actividad con los mismos recursos.
- Si bien es cierto que el interés principal de la cirugía es la seguridad, resulta gratificante saber que el servicio proporcionado es más económico sin pérdida del requisito fundamental.

C) Reducción de las listas de espera:

- Motivo más empleado como ventaja de esta modalidad quirúrgica ya que teóricamente el 75% de

los procedimientos en lista de espera son susceptibles de CMA. No obstante esto no es siempre así ya que depende de la causa que motive la lista de espera.

D) Calidad asistencial: la atención en el circuito de CMA es de igual calidad a la oferta tradicional por:

- Actividad programada y protocolizada en todas sus fases.

- Menor riesgo de infección hospitalaria: de manera adicional la menor incidencia de infección nosocomial repercute clínica y económicamente.

- Mayor satisfacción del paciente ya que el circuito es adaptado a las necesidades del paciente.

✘ DESVENTAJAS:

- **Posibilidad de que el paciente no siga las instrucciones postoperatorias.** Es de suma importancia que comprenda las órdenes y que las siga con exactitud.
- **No disponibilidad de transporte.** En determinados grupos de personas, sobre todo los de nivel socio-económico bajo o edad avanzada, el transporte constituye un problema considerable. Sólo por esta causa y en tales casos, puede necesitarse hospitalización en lugar

de atención ambulatoria. No obstante, el pronto reconocimiento de la necesidad permite subsanarlo.

- **Posibilidad de asistencia inadecuada en su domicilio.** En el caso de las personas que viven solas el problema no tiene solución y es necesario hospitalizar debido a que no consiguen ningún amigo, familiares ni ayuda remunerada. En otros casos, con notificación y planificación adecuadas, los trabajadores sociales cubren estas necesidades.
- **Preocupación por parte del enfermo ante la carencia de medidas de sostén y reanimación.** Mediante la información de cómo funcionan estas Unidades y el adecuado respaldo con el que cuentan ante cualquier urgencia, disminuye el número de personas con este, a priori, temor.
- Cabe decir que la más importante es la posibilidad de que aparezcan **complicaciones**, pero la más difícil, quizás, sea la **aceptabilidad** tanto del facultativo como de los pacientes de la **validez** de este tipo de cirugía como modelo asistencial.

5.4.2. ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA CMA?

Son diversos los aspectos que avalan la realización de un programa de cirugía sin ingreso:

- El menor riesgo de infección hospitalaria.
- Los altos niveles de seguridad del método de información.
- Mejor contacto entre el profesional y el paciente, que hace que se reduzca la ansiedad y la desconfianza.
- La necesidad de proporcionar una atención más personalizada y confortable.
- Requerimientos de una alta calificación técnica que evite complicaciones y reingresos.

5.4.3. ¿QUÉ CAUSAS DIFICULTAN EL DESARROLLO DE LA CMA?

La respuesta es claramente multifactorial ya que participan las tres piezas clave del proceso asistencial:

1.- Pacientes y familiares:

- Falta de concienciación por parte del ciudadano sobre que la financiación sanitaria, también, es soportada por él.
- La dificultad o imposibilidad de realizar un correcto seguimiento del postoperatorio en el hogar familiar por niveles socio-económicos bajos, equipamiento de las viviendas y condiciones familiares inadecuadas.
- Valoración del estado de bienestar en el tratamiento quirúrgico ambulatorio.
- Disminución del tiempo medio de baja laboral ya que la CMA reduce la gravedad de la hospitalización convencional.

2.-Profesionales sanitarios:^{63,90}

- La idea de que en cirugía, hospitalización equivale a seguridad.
- Temor a no disponer de los medios adecuados para atender las posibles complicaciones postoperatorias.

- La necesidad de disponer de un personal altamente cualificado para minimizar las posibles complicaciones e ingresos postoperatorios.
- La posibilidad de que se incrementen las reclamaciones administrativas y demandas jurídicas por mala praxis.
- La no implicación del clínico en la gestión de los recursos sanitarios.
- La dificultad para planificar, organizar, desarrollar y poner en marcha un programa de CMA al tener que coordinar personal sanitario con diferente grado de conocimientos y responsabilidad en el desarrollo de la asistencia.
- La falta de Unidades bien concebidas y organizadas.

3.- Instituciones financiadoras:

En España son el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Compañías de Seguros libres.

- Un sistema de financiación obsoleto de la red pública en el que no se paga por la actividad realizada sino por la contratada. Situación según

los expertos que, al parecer, va a cambiar en los próximos años.⁹¹

- Reparo a un desarrollo masivo de Unidades que lleve a una ineficacia de las mismas y a una posible pérdida del control de la actividad quirúrgica.
- El sistema retributivo del personal sanitario que no diferencia económicamente la cantidad y calidad del trabajo realizado.
- La necesidad de contratar a un personal muy cualificado que debe ser muy bien retribuido.
- El priorizar, por parte de nuestras autoridades, la ayuda a las áreas quirúrgicas de los hospitales de apoyo en lugar de las de hospitalización médica. Esto ha supuesto el desarrollo de las UCSI en macrohospitales, sobrecargados de enfermos, donde con mayor equipamiento tecnológico no reciben mejor asistencia que en los hospitales de referencia, y en los que, además, habría un menor costo cama / día.

Todos estos puntos hacen necesaria una profunda reflexión con la finalidad de desarrollar un sistema organizativo y un marco legal que facilite la creación de Unidades de cirugía sin ingreso.

El retraso de la implantación de esta modalidad quirúrgica facilita la ineficiencia de los actuales recursos sanitarios, ya que se están utilizando áreas de hospitalización para procedimientos que podrían realizarse de forma ambulatoria.

Al margen de pros y contras, conceptos o términos y bajo la filosofía de entender la CMA o Cirugía sin ingreso como una "FORMA DE HACER CIRUGÍA", empleando para ello, al máximo, los recursos disponibles tanto humanos como materiales, nace esta actividad médico-quirúrgica dentro del servicio de Cirugía del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, el cual dispone de 300 camas con 56 asignadas a dicho servicio desde 1.995.

Abandonando la idea de ser u organizar una UNIDAD INDEPENDIENTE del servicio o ser un servicio más del centro con estructura de ente físico dotado de quirófanos, sala de espera, U.R.P.A, vestuario, circuito de enfermos, personal humano y material propios, se implantó un programa de CMA resultado del estudio de la demanda quirúrgica y con importante repercusión sobre la lista de espera quirúrgica.

Copiar modelos ya establecidos en instituciones hospitalarias del territorio nacional o extraer ideas de los cursos sobre como denominar y estructurar la actividad quirúrgica ambulatoria hubiera sido el punto de partida más rápido y práctico pero, profundizando en la idiosincrasia del hospital, es

decir, viendo las posibilidades de inversión para la creación de una UCSI como unidad en el más extenso y amplio significado de la palabra, se prefirió apostar por la idea de que lo esencial de esta práctica quirúrgica se realiza en un QUIRÓFANO, pieza clave de la técnica y del gasto, siendo el resto de estructuras accesorias, y, por supuesto, que la ANESTESIA debe considerarse como un medio y no como un fin.

La filosofía de esta Unidad ha sido siempre la de mantener una actitud positiva orientada hacia una asistencia que logre una gestión más eficiente de los recursos sanitarios junto a mejores resultados para alcanzar finalmente una mayor y mejor asistencia del paciente.

En un programa de CMA el hospitalizar o no a un paciente debe basarse en la necesidad clínica y la seguridad, siendo un objetivo común para clínicos y gestores. La CMA supone una revitalización de la asistencia quirúrgica, debe ser incluida en los programas de formación de las especialidades y necesita elaborar protocolos de actuación basados en la evidencia científica.

La filosofía inicial de un proyecto de CMA pasa por las siguientes ideas:

- Reeducación sanitaria tanto del profesional sanitario como del paciente y de sus familiares.
- No ser un procedimiento alternativo.

- Correcta organización, programación y cualquier otra actuación.
- Establecimiento de protocolos y adecuada monitorización.
- Ante la duda del paciente o del profesional excluir la posibilidad ambulatoria.
- Confort de los pacientes.
- Adecuar el tipo de Unidad a las características del hospital.
- Equipo de trabajo.
- Técnicas quirúrgicas y anestésicas lo menos invalidantes posibles.

Pensamos que la implantación, evolución y desarrollo de las Unidades de CMA, en líneas generales, ha sido y es un gran avance terapéutico.

La Unidad y su funcionamiento han tenido un gran nivel de aceptación por la atención tanto técnica y profesional como humana desarrolladas.

Creemos que es una Unidad segura, fiable, accesible y capaz de responder al reto innovador de "hacer cirugía sin ingreso".

Tras su puesta en marcha, hace cinco años, y valorando los problemas que han aparecido, llegamos a la conclusión que es

posible y factible una buena asistencia sanitaria a bajo coste, creyendo firmemente que podemos mejorar la calidad asistencial. Concluiremos diciendo que nuestra CMA se desarrolla sin ser una Unidad Independiente ni Multidisciplinaria.

CONCLUSIONES

1.- El **índice de sustitución** con respecto a los enfermos intervenidos con ingreso hospitalario ha resultado ser en los cinco años de actividad de la Unidad del **66,48%** en pared abdominal y del **77,78%** en coloproctología.

Así mismo el **impacto sobre la actividad programada con Anestesia General** en este mismo periodo de tiempo ha sido del **40,2%**.

2.- En estos cinco años el Servicio de Cirugía General practicó un total de **8.078** intervenciones de las cuales **3.247** se realizaron sin ingreso en la UCSI, excluyendo los procesos menores con anestesia local, repartidos en **649,4** actos quirúrgicos / año y **112,6** sesiones quirúrgicas / año con una media de **5,76** enfermos operados / día.

3.- La CMA es un modelo óptimo de asistencia quirúrgica ya que permite tratar a los pacientes bien seleccionados de forma efectiva, eficiente y segura sin necesidad de disponer de una cama de hospitalización tradicional.

Por último concluimos que:

- La información detallada y personalizada aumenta el nivel de confianza y tranquilidad del paciente y/o familiares.

- El ahorro económico está unido a las estancias evitadas, a los costos transferidos a la medicina primaria y a los familiares, los cuales se evitan desplazamientos, absentismos, etc... Sin apenas diferencias en cuanto al costo en sí del proceso anestésico-quirúrgico propiamente dicho.
- El ahorro global resultante de la reducción de las incapacidades laborales transitorias (ILT) por disminución de las esperas prequirúrgicas es poco tenido en cuenta y no por ello deja de ser beneficioso e importante para todos.

ANEXOS

ANEXO I

AUTORIZACIÓN

Habiendo sido informado del propósito de la Cirugía Ambulatoria, bajo anestesia local, regional o general, con la peculiaridad de poder regresar a casa con mi familia, si es posible, el mismo día de la intervención.

Para el buen fin de este procedimiento, el médico me ha facilitado la siguiente información.

1. Organizar la vuelta a casa con una persona responsable.
2. NO comer ni beber nada desde las 12 horas de la noche anterior a la intervención.
3. NO beber alcohol hasta las 24 horas de la intervención.
4. NO puedo conducir ningún vehículo hasta 24 horas después de la intervención.
5. Notificar al Hospital o a mi médico la aparición de una situación anormal en la recuperación.
6. En caso de cualquier complicación durante la cirugía el médico actuará en consecuencia, incluyendo mi ingreso en el Hospital, si así fuera necesario.

Por tanto autorizo a los Servicios Sanitarios del Hospital Arnau de Vilanova del Servicio Valenciano de Salud para realizar este tipo de tratamiento quirúrgico.

NOMBRE:.....

PACIENTE:.....

PERSONA RESPONSABLE:.....

RELACIÓN:.....

Valencia a de de

Firma:

ANEXO II

Los exámenes de laboratorio preoperatorios son: ^(21 A 27)

a) HEMATIMETRIA:

- Hematocrito y hemoglobina en todos los casos excepto en los ASA I menores de 40 años

b) BIOQUIMICA:

- Glucemia, urea y creatinina en todos los pacientes de ambos sexos menores de 40 años.

c) COAGULACIÓN:

- Tiempo de protrombina y tromboplastina parcial sólo cuando la anamnesis o la exploración física resultan sugestivos de trastorno de la coagulación.

d) ECG:

- En todos los pacientes con historia clínica o exploración sugestivos de patología cardíaca.
- En todos los pacientes mayores de 60 años.
- En pacientes mayores de 40 años (aún asintomáticos) que no se hallan realizado un ECG en el año precedente.

e) RX Tórax:

- En pacientes de más de 60 años.
- En pacientes con patología cardiopulmonar.
- En enfermos neoplásicos.
- En fumadores de más de 20 cigarrillos al día.
- En todos los pacientes ASA III.

f) Test de embarazo: en orina del día de la intervención y recomendable en todos los casos de pacientes de sexo femenino potencialmente fértiles.

ANEXO III

UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO

ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA
VALENCIA

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMIENTO

CONTROL DE ALTA

- Herida quirúrgica normal
- Signos vitales estables
- Tolerancia a la ingesta
- Capacidad de deambulación
- Micción espontánea

TRASLADO A DOMICILIO CON LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

Acompañado por persona responsable

Dieta: deberá tomar solo líquidos hasta las horas y posteriormente dieta blanda el 1º día.

CUIDADOS HERIDA:

1. Ducha sin apósito a las 24 horas
2. Pincelación con antiséptico durante 4 días
3. Herida con apósito durante 4 días
4. VARICES: cura oclusiva con vendaje hasta la rodilla hasta revisión en consulta

MEDICACIÓN:

- DOLALGIAL 2 comp cada 6 horas el día de la intervención, después, según las molestias que tenga.

Cuidados especiales:

No realizar actividades que requieran concentración o entrañen riesgo (conducir vehículos, etc...) no beber alcohol durante las primeras 24 horas tras la intervención. No tomar ninguna medicación que no haya sido indicada.

Acudir a la consulta de cirugía (Dr. _____), el día _____ a las 11 horas

Valencia,

Cirujano:

Anestesiólogo:

Acompañante:

ANEXO IV

Seguimiento telefónico en CMA

Datos del paciente:

Cirugía:.....

Fecha intervención:...../...../.....

Hora de alta:.....

	SI	NO
1.- ¿Esta cumpliendo las indicaciones sobre la actividad física?		
2.- ¿Ha tenido náuseas o vómitos?		
¿Ha tolerado los líquidos / sólidos?		
3.- ¿Ha tenido dolor en la herida?		
¿Ha tenido dolor en otro sitio?		
Localización:.....		
¿Necesito medicación extra?		
4.- ¿Ha sangrado la herida?		
¿Problemas en la zona operada?		
Inflamación		
Supuración		
Otros (especificar):.....		
5.- Tiene:		
Dolor de garganta		
Dolor de cabeza		
Fiebre (Tª)		
Mareos		
Tos / expectoración		
6.- El estado general puede catalogarse de:		
Excelente		
Bueno		
Regular		
Malo		

Fecha de llamada:...../...../.....

Persona que la realizó:.....

Indicaciones que se le dieron:.....

ANEXO V

Edad: años

Sexo: Varón Mujer

Intervenido de:.....

Si se ha operado alguna vez antes de ahora, responda a esta pregunta: ¿Estuvo más de dos días ingresado en el hospital debido a intervención quirúrgica?

SI NO

1.- A su juicio, la información que recibió antes de la operación fue:

Muy buena	<input type="checkbox"/>	Buena	<input type="checkbox"/>
Mala	<input type="checkbox"/>	Muy mala	<input type="checkbox"/>

2.- El trato recibido por parte del personal que le atendió en el hospital lo considera:

Muy bueno	<input type="checkbox"/>	Bueno	<input type="checkbox"/>
Malo	<input type="checkbox"/>	Muy malo	<input type="checkbox"/>

3.- ¿Como considera las instalaciones (habitaciones, quirófanos,...) donde fue intervenido?

Muy buenas	<input type="checkbox"/>	Buenas	<input type="checkbox"/>
Malas	<input type="checkbox"/>	Muy malas	<input type="checkbox"/>

4.- En general ¿quedó satisfecho con su estancia en el hospital?

Muy satisfecho	<input type="checkbox"/>	Satisfecho	<input type="checkbox"/>
Poco satisfecho	<input type="checkbox"/>	Nada satisfecho	<input type="checkbox"/>

5.- Si tuviera que aconsejar a un familiar el hospital donde se operó, lo calificaría de:

Muy bueno	<input type="checkbox"/>	Bueno	<input type="checkbox"/>
Malo	<input type="checkbox"/>	Muy malo	<input type="checkbox"/>

6.- Si tuviera que operarse en algún momento de su vida ¿preferiría que fuera de esta forma, siendo dado de alta a su domicilio el mismo día de la intervención?

Es muy probable	<input type="checkbox"/>	Es probable	<input type="checkbox"/>
Es poco probable	<input type="checkbox"/>	Es nada probable	<input type="checkbox"/>

7.- El tiempo total que pasó en el hospital, es decir, desde que ingreso para la operación hasta que se fue a su domicilio, lo considera:

Demasiado largo	<input type="checkbox"/>	Adecuado	<input type="checkbox"/>
Algo insuficiente	<input type="checkbox"/>	Muy insuficiente	<input type="checkbox"/>

8.- Tras la intervención quirúrgica, ¿sufrió dolor?

Ninguno	<input type="checkbox"/>	Escaso dolor	<input type="checkbox"/>
Si tuve dolores	<input type="checkbox"/>	Tuve dolores fuertes	<input type="checkbox"/>

9.- La información que recibió al irse de alta, la considera

Muy buena	<input type="checkbox"/>	Buena	<input type="checkbox"/>
Mala	<input type="checkbox"/>	Muy mala	<input type="checkbox"/>

10.- ¿Sintió miedo o preocupación por el hecho de estar fuera del hospital después de la operación?

No estuve preocupado	<input type="checkbox"/>	Algo preocupado	<input type="checkbox"/>
Si estuve preocupado	<input type="checkbox"/>	Muy preocupado	<input type="checkbox"/>

11.- Considera que la cicatrización de la herida quirúrgica ha sido:

Muy buena	<input type="checkbox"/>	Buena	<input type="checkbox"/>
Mala	<input type="checkbox"/>	Muy mala	<input type="checkbox"/>

BIBLIOGRAFÍA

1. Goerke, H. 3.000 años de Historia de la Medicina. Ed. Gustavo Gili. BCN 1986;16-18.
2. Nicoll, JH. The surgery of infancy. Br Med J 1909; 2:753-4.
3. Farquharson, E. Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as an outpatient procedure. Lancet 1955, 2:517-519.
4. Cohen DD, Dillon JB. Anesthesia for outpatient surgery. JAMA 1966; 196:1114-16
5. Ford JL, Reed WA. The surgicenter: on innovation in the delivery and cost of medical care. Arizona Medicine 1969; 26:801-804.
6. Velez A, González A. Nueva clasificación de niveles de atención quirúrgica. Acta Médica de Valle 1955; 7,3:80-88.
7. Royal College of Surgeons of England, Comission on the provision the surgical services. Guidelines for daycase surgery. London R.C.S.E. 1985.
8. David JE. Major Ambulatory Surgery. Baltimore, Williams & Williams 1986.
9. Rivera J, Giner M. Cirugía Ambulatoria: estudio piloto. Cir Esp 1988, 44:865-874.
10. CMA. Guía de Organización y Funcionamiento. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria.1993.

11. Societat Catalana de Cirurgia. Comisión para la elaboración de pautas y recomendaciones para el desarrollo de la cirugía ambulatoria. Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. 1993.
12. Sierra-Gil E, Colomer-Mascaró J, Pi-Siqués F et al. La cirugía ambulatoria en una unidad autónoma integrada en un hospital. Organización, funcionamiento y experiencia. Cir Esp 1992; 52:255-260.
13. Marin Morales J, Otero JA, Gallardo A. Unidad de cirugía de día: funcionamiento y experiencia. Cir Esp. 1994; 56:231-234.
14. Davis JE . "Cirugía Mayor en pacientes ambulatorios". Clínicas Quirúrgicas de Norte América (de Esp) 1987; 4:685-707.
15. Blanca Moro. Hospital "Lluys Alcanys" Xativa (Valencia). Proyecto de UCSI. Cirugía Mayor Ambulatoria. Vol 1/nº0/nov.96 (16-22).
16. Maestre Alonso, Jose Mª y col. Guía para la planificación y desarrollo de un programa de CMA. Ed Ergon SA. Madrid Zéneca-Farma 1997 ;3-30.
17. Espinas J, Borrás J, Granados A. Informe técnico-evaluativo de la tecnología médica del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya. Nº 9301. Nov.92.

18. Pérez Alonso A, Alcalde G. Consolidación de las alternativas a la hospitalización tradicional en Osakidetza - Servicio Vasco de Salud. Proyecto final. Diplomatura en gestión hospitalaria. Barcelona EADA, 1995.
19. Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organisations. Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial. 1991; 6,3:65-74.
20. Varo J. Gestión de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1994.
21. Munro J, Booth A. Routine preoperative testing: A systematic review of the evidence. Health Technol Assess 1997; 1:1-62.
22. Vila M, Carron M, Gallen T. Medicación preoperatoria para anestesia en cirugía ambulatoria. ¿Es necesaria? Ed. Anestesia para Cir. Amb. Barcelona: Zéneca-Farma 1998; 131-149.
23. Blery C, Charpak Y, Pham J et al. Evaluation d'un protocole de prescription selective des examenes paracliniques preoperatoires chez dessujets sains. Ann Fr Anesth Reanim 1987; 6:64-70.
24. Marcelo PW, Roberts PL. Routine preoperative studies. Which studies in which patients? Surg Clin North Amb 1996; 76:11-23.

25. Aguilera L, Martínez A. Estudio preoperatorio de los pacientes y criterios de selección. Ed: Anestesia para Cirugía Ambulatoria, 1998; 71-80.
26. Tait AR, Parr AG. Evaluation of the efficacy of routine preoperative electrocardiograms. J Cardiothorac Vasc Anesth 1997; 11:752-5.
27. Charpak Y, Blery C, Szatan M, et al. Prospective assessment of a protocol for selective ordering of preoperative chest x-rays. Can J Anaesth 1988; 35:259-64.
28. Aldrete JA, Kronlik D. A postanesthetic recovery score. Anesth Analg 1970; 49:924-934.
29. Danish Hospital Institute Report. How to achieve efficiency in hospital. Alternatives to traditional inpatient care. Danish Hospital Institute Copenhagen 1991.
30. Alerany C, Sarrías E. Evaluación del informe de alta en los procesos de cirugía sin ingreso y corta estancia. Revista de Calidad Asistencial 1994; 9:31-46.
31. Subirana MD. Gestión y costes hospitalarios. Jano 1988; 827:42-45.
32. INSALUD. Gestión analítica hospitalaria (Proyecto Signo). Servicio de Documentación y Publicaciones del Insalud. Madrid 1996.

33. Morgan M. Variations in lengths of stay rates of day case surgery: implications for the efficiency of surgical management. *J Epidemiol Community Health* 1990; 44: 90-105.
34. Pineault R, Contandriopoulos AP et al. Randomized clinical trial of one-day surgery. Patient satisfaction, outcomes and costs. *Med Care* 1985; 23:171-182.
35. Jesús M^a Aranaz, Antonio Zarco y col.. Conjunto mínimo de indicadores de calidad asistencial para cirugía sin ingreso. *Todo hospital* n°159. Septiembre 1999; 555-559.
36. Diego Estevez, Andreu Galvez J, García Peche P, Serrano Paz P et al. Cir. Amb. En una Unidad autónoma integrada en un hospital. Desarrollo y evaluación. *Cir. Esp.* 1996; 59: 236-240.
37. Simón Martí J. Estudio de la cirugía ambulatoria en hospitales de la Comunidad de Madrid, en Villacorta J. Fereres J, eds. *CMA.Madrid. Fundación Rich*, 1996:15-26.
38. Estevan R, Aguiló J, Viciano V et al. Auditoría de CCE en un hospital general de distrito. 530 casos. *Cir. Esp.* 1994; 56:373-377.
39. Alarcón López A et al. Nuestra experiencia en CMA. *Cir. Esp.* 1997; 61:98-101.
40. Giner M. Modelos o diseños de control de calidad en las Unidades de CMA. *Cirugía Mayor Ambulatoria.* 1996; 1:20-22.
41. Donobedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milloux Memorial Fund Quaterly* 1966; 44:166-203.

42. Bustos F, Gutierrez JR. Creación y organización de una Unidad de CMA. *Edika Med*, 1998;3-14.
43. White PF editor. Impact of newer drugs and techniques on the quality ambulatory Anesth. 1993; 5:35-135.
44. The Council Australian on Healthcare Standars. Standars for day procedure facilities. Zetland:1988.
45. Wetchler BV, editor. *Anesthesia for Ambulatory Surgery* Filadelfia: JB. Lippincott company. Second Edition 1991 Selection, 81-129.
46. Maestre JM, Ramos F. Planificación y puesta en marcha de un programa de CMA. *Todo hospital* Julio-Agosto 1996; 128:37-42.
47. White P. Patient selection and anesthetic techniques for ambulatory surgery. Ed. P Barash. Publ Lippincott Co. Filadelfia, 1996: 261-273.
48. García F, Monedero P. La anestesia pediátrica ambulatoria: evaluación, técnicas y postoperatorio inmediato. *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 1993; 40: 217-229.
49. Jensen S, Wetchler BV. The obese patient: An acceptable candidate for outpatient anesthesia. *Am Assoc Nurse Anesthetics*. 1982; 50:369.
50. Porrero JL. Cirugía de la pared abdominal. Ed. Masson S.A. 1997; 4:27-32 . 44 y 45:297-306.

51. Davis JE. Major Ambulatory Surgery. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1987; Vol. 67:4.
52. Rutkow JM, editor. Hernia Surgery. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1993; Vol. 73:3.
53. Nyhus LM, Condon RE. Hernia. Third Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1989.
54. Goligher JC. Cirugía del ano, recto y colon. 2ª edición. BCN. Editorial Salvat, 1986.
55. Kilbride M, Morse M, Senagore A. Transdermal fentanyl improves management of postoperative hemorrhoidectomy pain. Dis Colon-Rectum 1994; 37 (11):1070-72.
56. Hardam DTA et al. Experience with varicose vein surgery in a day case surgical centre. Amb. Surgery 1995, 3(1):7-11.
57. CMA. Vol 5/nº3/Sept.2000 y Vol 5/nº 1/Marzo 2000
58. Aldrete JA. The post anesthesia recovery score revised. J. Clín. Anesth. 1995, 7:89-91.
59. Lubasky DA. Fast track in the post anesthesia care unit: unlimited possibilities. J. Clín. Anesth. 1996; 70S-72S.
60. Myfamy M, Beech R. J Epidemiology and Community Health 1990; 44:90-105.
61. Vlengles A. Cost-efficient management in surgery. Acta Chir. Belg 1995;95:211-229.
62. Sicard G. CMA: su efecto en la cirugía del siglo XXI. En Villacorta J. CMA. Fundación Rich. Madrid 1996:33-36.

63. Grainger G. Day surgery - How much is possible? A Delphi consensus among surgeons. *Public Health* 1994; 108:257-266.
64. Raftery J, Stevens A. Day case surgery in England. *J Health Serv. Res Policy* 1998; 3:149-152.
65. Haworth E. Day surgery. *Br Med J* 1987; 294:133-135.
66. INSALUD. Resumen de indicadores de calidad del CMBD de altas hospitalarias, 1998. Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria, Madrid 1999.
67. Adler MW, Crrese A. Randomised controlled trial of early discharge for inguinal hernia and varicose veins. *J Epidemiol Community Health* 1978; 32:136-142.
68. Gouldbourne JA. Operations for hernia and varicose veins in a daybed unit. *Br Med J* 1979; ii:712-714.
69. Gabbay J, Francis L. How much day surgery? Delphi predictions. *Br Med* 1988; 297:1249-52.
70. Sierra E. Cir. Amb.¿una solución? *Med Clín (Barc)* 1992; 98:579-581.
71. The Audit Commission for local Authorities the National Service Health in England and Wales. A short art to better services. Day surgery in England and Wales. London: HMSO, 1990.
72. Graves EJ. Detailed diagnosis and procedures. National Hospital Discharge survey, 1989. National Center for Health Statics Vital Health Stat 13 (108) 1992.

73. CMBD INSALUD. Análisis de los GRD's. 1997. Insalud, Madrid 1998.
74. Conjunt Minim Bàsic de Dades de L'Alta hospitalaria 1989. Departament de Sanitat i Seguritat Social de la Generalitat de Catalunya.
75. Detmer DE. Ambulatory Surgery. Amore cost-effective strategy? Arch Surg 1994; 129:123-127.
76. Marin J, Esteban S. Ambulatory Surgery in Spain. Ambul Surg 1998; 6:157-162.
77. Rivas F, Sancho F. Estado actual de la CMA en España. Encuesta Nacional. CMA 1999; 4:441-458.
78. Corrigan JM. Involvement of health maintenance organisations in graduate medical education. Acad Med 1991; 66:656-661.
79. Rogers CM (ed). Socio-economic Factbook for surgery, 1995. Chicago American College of Surgeons, 1995.
80. Decreto 127/1984 de 11 Enero, regulador de las Especialidades Médicas. BOE 31-1-1984, N° 26.
81. Carrasco A, González E: Manual práctico de acreditación hospitalaria. Ed. Médica Europea, Vallalodid 1993.
82. Bohigas LL. ¿qué es la acreditación? Cal. Asistencial 1995, 1:5-6.
83. Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. Memorial Fund Quartely 1966; 44:163-203.

84. Giner M. Modelos de acreditación y garantía de calidad en CMA. *Edika Med* 1998, 17-29.
85. The Australian Council on Healthcare standards: Clinical indicators. A users manual. Day procedure indicators. Zetland, The Australian Council on Healthcare, 1995.
86. Bohigas LL: Premio europeo de calidad, las normas ISO y la acreditación. *Cal. Asistencial*, 1998; 13:4-5.
87. Bohigas LL: Accreditation across borders. The introduction of Joint Commission accreditation in Spain. *Joint Comision J Qual Improve* 1998; 24:226-231.
88. Iglehart JK. Teaching hospitals. *N Engl J Med* 329:1052-1056,1993.
89. Stone MD et al. Management of ambulatory surgery and outpatient care. In Cox SS et al (ed): *Surgical Resident. Curriculum*. Arlington VA, Association of program Directors in surgery, 1995.
90. Stephen Barrow, Alison D. Seex and Mohamed S Abdul. General practitioner attitudes to day surgery. *Journal of public health medicine* 1994, Vol.16, nº3, 318-320.
91. Huguet M, Veny JF, Sarrias E. Financiación de nuevos productos. *Gestión Hospitalaria* nº1, 1995; 73-81.
92. Rusell JT, Devlin HB. Day case surgery for hernias and hemorrhoids. *Lancet* 1997; 11:844.

93. Análisis de coste por proceso atendidos en la UCSI del hospital de San Eloy (Vizcaya). Nov.1994. Documento no publicado.
94. Porrero JL. Cálculo de espacios, estructuras y Unidades de Cir. Amb. *Mapfre Medicina* 1997; 8:5-10.
95. Butterworth Hospital News. Grand Rapids. Michigan, 1961. *Clínicas Quirúrgicas Norteamericanas* Vol. 4/87;686-689.
96. Warner MA, Sheiilds SE, Chute CG. Major morbidity and mortality within a month of ambulatory surgery and anaesthesia. *JAMA* 1993; 270:1437-1441.
97. Fancourt-Smith PF, Jenkins LC. Admissions from the surgical day care of Vancouver general Hospital 1987-97. *Can J. Anesth* 1990; 37:699-704.
98. Osborne GA, Rudkin GE. Outcome after day care surgery in a major teaching hospital. *Anesth Int. Care* 1993; 21:822-827.
99. Chung F, Su J, Un V. Postoperative symptoms 24 hours after ambulatory anaesthesia. *Can J. Anesth* 1996; 43:11, 1121-1127.