

Editorial

Reflexiones en torno a la situación actual de la CMA

La Cirugía Mayor Ambulatoria ha pasado a formar parte de la estructura organizativa de nuestro sistema sanitario. De hecho, el desarrollo que ha experimentado esta modalidad de gestión quirúrgica en las últimas décadas ha supuesto una de las innovaciones asistenciales más llamativas. Actualmente todos los hospitales de nuestro sistema sanitario contemplan a la Cirugía Mayor Ambulatoria como parte de su actividad quirúrgica, pero existe una considerable disparidad no solo en infraestructuras y recursos, sino además en los criterios de selección de patología y procedimientos, circuitos asistenciales y control de calidad.

Asistimos a una importante confusión terminológica al hablar de CMA. Conceptos como “cirugía ambulatoria menor”, “cirugía de recuperación prolongada” y “cirugía de corta estancia” se mezclan con frecuencia cuando catalogamos y evaluamos la actividad hospitalaria de CMA. Muchas de nuestras Unidades de CMA tienen asumido la pernocta de los pacientes. La actividad quirúrgica programada de tarde en las Unidades de CMA y que se desarrolla en la mayoría de nuestros hospitales, se ven obligadas a indicar la pernocta de los pacientes, por una simple cuestión de horarios y ello, en cierto modo, es otro factor contribuyente a la inocuidad de no aplicar criterios estrictos bajo el concepto de CMA. Además, nuestro Sistema Sanitario Público Andaluz define la CMA como “La cirugía mayor ambulatoria es un tipo de cirugía en la que el paciente requiere una estancia de menos de 24 horas en el hospital”¹ y esto es así desde que comenzaron los registros del Hospital de Día Quirúrgico en 2008², pero ello no se corresponde con el concepto de CMA. Es necesario recordar que la International Association for Ambulatory Surgery y la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria, entre otras, definen la cirugía Mayor Ambulatoria como aquella en la que el paciente ingresa, se opera y se da el alta en el mismo día y, por tanto, no requiere pernoctar en el hospital.

La obligada rentabilidad de los quirófanos y la necesidad imperiosa de reducir las listas de espera quirúrgicas pueden justificar la prolongación de horarios y la actividad de tarde, pero eso no es óbice para emplear la correcta denominación a cada tipo de actividad. Los procedimientos que impliquen la pernocta del paciente en el hospital (cirugía de recuperación prolongada, cirugía de 23 horas, overnight surgery) o su estancia durante 48 horas, deben ser catalogadas y registradas como tales, pues cada uno de ellos permite seleccionar a priori pacientes y procedimientos distintos.

Asistimos a un cierto estancamiento de la actividad de CMA a nivel nacional, y también autonómico. El porcentaje de cirugía ambulatoria en los hospitales del SNS en 2019 fue del 47,2% y en el año 2020 del 45,2%³, lo cual puede tener su explicación en la disminución de la actividad quirúrgica debida a la pandemia por Covid-19. Pero esa

percepción de freno en el aumento de la actividad ambulatoria la observamos al comparar los datos oficiales en los años anteriores respecto a los hospitales públicos⁴. Como muestra el **gráfico 1**, desde 2011 el porcentaje de cirugía ambulatoria solo se ha incrementado alrededor de 5 puntos, frente a la llamativa expansión de que produjo entre los años 2000 y 2010⁵, y permanece más o menos estable desde 2015. Algo similar observamos en Andalucía (**Gráfico 2**), donde el número de intervenciones de CMA parece situarse en torno a las doscientos mil un año tras otro⁶.

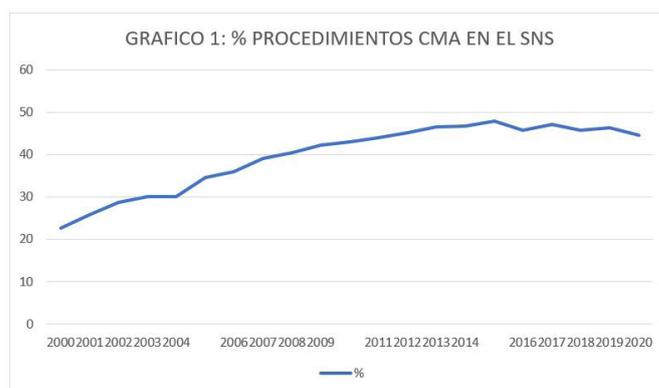


Figura 1

% Procedimientos CMA en el sns.

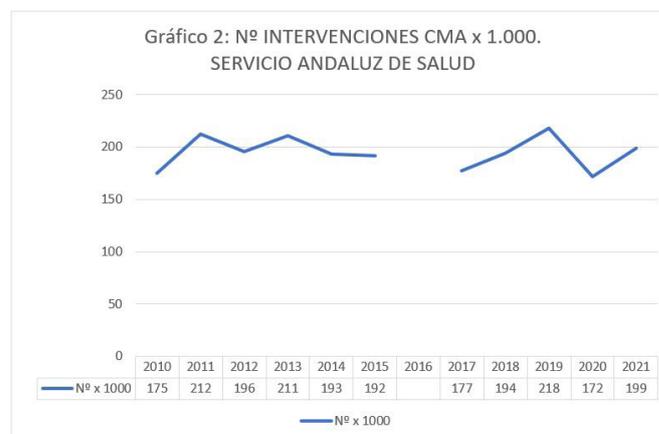


Figura 2

Nº intervenciones CMA x 1000 en el Servicio Andaluz de Salud.

Por otro lado, la incorporación de nuevos procedimientos, como la colecistectomía y la eventroplastia laparoscópicas, la cirugía endocrina, la hernia inguinocrural laparoscópica y la cirugía de urgencias se va desarrollando tímidamente por grupos especialmente motivados hacia la CMA. Su inclusión en el circuito ambulatorio sin duda tiene una validez innegable, pero el sistema, a la vez, debe esforzarse por consolidar patologías en las que la CMA ha demostrado sobradamente su eficiencia. Hoy un importante porcentaje de hernias inguinales y procedimientos proctológicos se realizan mediante cirugía con ingreso y, en muchos casos no hay justificación clínica, familiar, social o económica. Recordemos que en 2020 en el SNS el 37,48% de las hernias inguinales se ha realizado con ingreso, e incluso hay Comunidades Autónomas que no llegan al 50%⁵.

Muchas Unidades de CMA afirman haber incorporado la colecistectomía laparoscópica a su Cartera de Servicios, pero si analizamos los datos oficiales apreciamos que aún estamos muy lejos de cifras asumibles. De hecho -pese a los sesgos de los datos oficiales- en el SNS la tasa de colecistectomías laparoscópicas ambulatorias, con importantes diferencias entre comunidades autónomas, ha pasado del 7,16% en 2017 al 9,16% en 2020⁵, y esto significa que alrededor del 90% se realiza con ingreso. La costumbre, la rutina, la falta de motivación y de infraestructuras adecuadas pueden estar en el fondo de esta situación.

La propia organización hospitalaria debería requerir la justificación para estos ingresos en los que la gestión ambulatoria no es la alternativa sino la indicación primaria.

Pero ¿por qué asistimos a ese cierto estancamiento en la progresión de la CMA? Probablemente las razones sean múltiples, aunque estamos convencidos de que la apuesta institucional por parte de las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad se debe actualizar e intensificar -como en otros países de nuestro entorno-, estableciendo infraestructuras diferenciadas y específicas de CMA, unificando los registros, valorando los resultados de las Unidades y trabajando sobre criterios de calidad, de eficiencia y de acreditación de Unidades. En este sentido, iniciativas como la de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria para desarrollar la acreditación de las Unidades de CMA sin duda aportarán criterios para incrementar la calidad asistencial.

El desarrollo óptimo de la CMA debe pasar por la autonomía y la descentralización en la gestión y, por tanto por la consolidación de Unidades autónomas, pues está demostrado que son las que aportan mejores resultados y mayor eficiencia (menor tasa de suspensiones, menor tasa de ingresos, mayor rendimiento, mayor satisfacción de los profesionales...). La autonomía en la gestión de la Unidad permite además establecer elementos de mejora, aumentar la motivación de los profesionales y el sentido de pertenencia, y estos aspectos sin duda también mejoran la eficiencia.

Con frecuencia se vincula el concepto de "cirugía fácil" con el de CMA, y nada más lejos de la realidad. El permitir dar el alta en el mismo día de la intervención implica la perfección en las técnicas quirúrgicas

y anestésicas, y en el control postoperatorio inmediato exhaustivo -en aras de la seguridad-, en especial cuando estamos asistiendo a la incorporación de procedimientos más complejos, como la cirugía endocrina o la cirugía bariátrica. En CMA es necesario hacer tan bien las cosas que el paciente esté en óptimas condiciones del alta a las pocas horas. En nuestro entorno, -con frecuencia deslumbrado por el asentamiento de la cirugía mínimamente invasiva y el incremento de la complejidad quirúrgica-, la pertenencia voluntaria a Unidades de CMA puede verse dificultada.

Hace años nos preguntábamos sobre la voluntariedad de los profesionales que trabajan en las Unidades de CMA. En sus comienzos la CMA se desarrolló por el impulso de profesionales muy motivados, que adaptaron las infraestructuras existentes -a menudo precarias- con el afán de potenciar el desarrollo de este tipo de gestión quirúrgica. Evidentemente los tiempos han cambiado y hoy nadie cuestiona la trascendencia de la CMA en las estructuras asistenciales del sistema sanitario. Sin embargo seguimos pensando que la motivación de los profesionales sigue siendo un pilar decisivo para la obtención de buenos resultados y que la premisa de "creer" en la CMA sigue siendo clave para el buen funcionamiento de la Unidad. Además, la estabilidad laboral y la experiencia son elementos decisivos para unos buenos resultados. No tiene ningún fundamento que la cirugía y la anestesia se realicen por personal poco experimentado. Por el contrario, es fundamental que quienes trabajen en la Unidad sean aquellos profesionales de amplia experiencia pues solo ellos realizarán técnicas depuradas y acordes con la práctica ambulatoria. Estas condiciones son las que dan confianza y seguridad a los pacientes y familiares, y buenos resultados. Estamos convencidos de que si hay voluntariedad se seleccionarán bien los pacientes, se adecuarán las técnicas quirúrgicas, anestésicas y de enfermería para una eficaz y rápida recuperación postoperatoria y se mantendrán los parámetros de calidad a lo largo de todo el proceso asistencial, y en ello el liderazgo es crucial. Si no hay voluntariedad y existe un sentimiento de imposición para trabajar en la Unidad, puede ocurrir lo contrario.

Las Unidades de CMA, en especial aquellas autónomas, se caracterizan por conseguir la máxima satisfacción de los usuarios. También es necesario que se empiece a contemplar la satisfacción y la incentivación de los profesionales que trabajan en CMA porque ambas condiciones son elementos decisivos en los buenos resultados de esta actividad estratégica del sistema sanitario; y cuando hablamos de incentivación no nos referimos solo a la incentivación económica obtenida por la consecución de objetivos. La compensación y el reconocimiento profesional y laboral también pueden conseguir un similar efecto incentivador.

La recesión económica actual hace que en momentos de crisis los beneficios demostrados de la CMA, tanto para el paciente y familiares, como para la estructura sanitaria y su economía sean incuestionables y por ello, nuestro sistema debe efectuar una apuesta decidida por su expansión, y no conformarse con la rutina y la inercia asistencial.

José María Capitán Vallvey,
Hospital Universitario de Jaén.

BIBLIOGRAFÍA

1. Actividad en Hospital de Día Quirúrgico en los hospitales del SSPA. 2021. Servicio Andaluz de Salud. Dirección Gerencia. Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio de Producto Sanitario, 2021. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/actividad-en-hospital-de-dia-quirurgico-en-los-hospitales-del-sspa-2021>
2. Actividad en Hospital de Día Quirúrgico en los hospitales del SSPA. Año 2008. Servicio Andaluz de Salud, 2008, I.S.B.N: 978-84-692-9035-4. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/ActividadenHospitaldeDiaQuirurgicoenloshospitalesdelSSPA_2008_0.pdf
3. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021 INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2022. MINISTERIO DE SANIDAD. Resumen ejecutivo. MinisteriodeSanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/Inf_anual_2020_21_Res_Ejecutivo.pdf
4. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/ InfAnSNSAnosanteriores.htm](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNSAnosanteriores.htm)
5. <http://inclasns.msssi.es/>. Ministerio de Sanidad.
6. Actividad en Hospital de Día Quirúrgico en los hospitales del SSPA. Servicio Andaluz de Salud Dirección Gerencia Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información Servicio de Producto Sanitario.