

Cirugía Mayor Ambulatoria y pandemia por COVID-19. Oportunidad para el cambio.

Ambulatory surgery and COVID-19 pandemic. Opportunity for change.

Docobo Durántez F

Comité Científico de la Asociación Andaluza de Cirujanos.

La pandemia de coronavirus que padecemos y tratamos de solventar, debe hacernos reflexionar a todos de cara al futuro en todas las líneas posibles de actuación, prevención, diagnóstico, tratamiento, así como la forma de recuperar la actividad cotidiana y en el menor tiempo posible.

Como médicos y parte de la sociedad implicada, colaboramos en la búsqueda de las soluciones más adecuadas en estos momentos de emergencia, en el que todos los recursos disponibles están a disposición para su control.

Si bien esta pandemia está teniendo una repercusión inesperada por su alta difusión y mortalidad, esperamos se termine en el menor tiempo posible. Como cirujanos hemos desarrollado nuestro papel en estas circunstancias especiales, con apoyo personal e instrumental a los pacientes infectados. Ello ha conllevado, desde el establecer consultas "online", la cesión de camas hospitalarias quirúrgicas para la atención a los ingresos por coronavirus y al bloqueo de la cirugía programada, operando exclusivamente a los pacientes con cuadros urgentes inaplazables.

Las escasas evidencias existentes, que la ASAC y otras sociedades científicas han difundido y actualizado de forma intensiva en breve espacio de tiempo, han permitido tratar a un gran número de pacientes y puesto a todo el sistema sanitario andaluz y español frente a una gran prueba de solidez y eficacia.

La crisis económica que se prevé tras esta pandemia, aun no habiendo una recuperación de la anterior crisis de 2008, hace que el escenario futuro no se presente muy halagüeño en cuanto a recursos disponibles para sanidad, y que no solo deberíamos mantener si no en lo posible reforzar. Para mantener y mejorar la calidad de nuestro SNS debemos hacerlo sostenible en el futuro. Por ello, en las circunstancias actuales deberíamos extraer conclusiones, que pudieran ser aprovechables en el presente y en el futuro inmediato como oportunidades en las que apoyarse para las mejoras asistenciales.

En este sentido destacamos como cirujanos la necesidad de la aplicación de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) con el fin de mejorar la accesibilidad, la seguridad y la eficiencia del propio sistema sanitario. Consultas no presenciales, seguimiento de pacientes, líneas de comunicación confirmación de agendas, etc. lo que le proporciona al paciente una gran confianza.

También, realizando las consultas de alta resolución, en atención primaria y especializada, resolviendo o bien orientando hacia su resolución en acto único la patología que presente el paciente

CORRESPONDENCIA

Fernando Docobo Durántez
C/ Camilo José Cela, 2. Bloque 8. 3A.
41018 Sevilla
fdocobod@yahoo.es

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Docobo Durántez F. Cirugía Mayor Ambulatoria y pandemia por COVID-19. Oportunidad para el cambio. Cir Andal. 2020;31(2):134-35.

evitando circuitos de ineficiencia, que siguen existiendo. Esto transmite mucha seguridad a los pacientes y al sistema sanitario.

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), ejemplo de calidad y eficiencia asistencial, debería de establecerse como centro de la actividad asistencial, rediseñando en lo posible los circuitos asistenciales y el funcionamiento de los servicios para conseguir unas tasas de ambulatorización acorde con los necesarios en nuestro entorno.

De la CMA existe una amplia experiencia en España y en Andalucía y sin embargo no se han desarrollado aún todas sus posibilidades por múltiples razones por todos conocidas y por las que el sistema sanitario no puede obtener los beneficios que se suponen. Por otra parte, las actuales plantillas de los servicios de cirugía y de anestesia de los hospitales están conformadas por una gran mayoría de facultativos que en sus programas de formación han desarrollado actividad en CMA y conocen perfectamente su funcionamiento.

¿Qué beneficios puede conllevar mejorar los indicadores de ambulatorización?

Evitar los ingresos innecesarios, que producen efectos contraproducentes a estos mismos pacientes, logrando el ahorro económico con un adecuado y racional uso de los recursos disponibles, dando así una respuesta a los pacientes y a los profesionales sanitarios de eficacia y de calidad. Esto proporcionaría una disminución de las demoras asistenciales y al mismo tiempo eficiencia en la utilización de los recursos.

Si se considerase a la CMA una atención prioritaria dentro del SAS, se debería potenciar por parte de las gerencias la ambulatorización de todos los procedimientos que figuran en la cartera de servicios de SAS. Haciéndola extensiva a todos los servicios y a sus secciones, que en el caso de cirugía general englobaría a todas sus áreas de conocimiento.

Estructuralmente se deben desarrollar las posibilidades de cada centro, servicio o unidad. Pero posibilitando la existencia de unidades autónomas con circuitos exclusivamente de cirugía ambulatoria.

Funcionalmente se debería de estructurar adecuadamente las plantillas de las Unidades de CMA, con un porcentaje elevado de personal estable, tanto por los facultativos como por enfermería, lo que proporcionaría un funcionamiento mucho más ágil y con menor tasa de suspensiones.

Actualmente, en CMA se da respuesta a las patologías más prevalentes en la especialidad, la patología de la pared abdominal, colelitiasis, patología proctológica, patología de partes blandas, sinus pilonidal, varices esenciales de miembros inferiores, tumoraciones benignas y malignas de la mama, patología tiroidea y paratiroidea.

El desarrollo de la Cirugía de Mínima Invasión propicia postoperatorios de gran confort que pueden propiciar en muchos casos el alta en el mismo día de patologías que antes era impensable como es el caso de cirugía antirreflujo gastro-esofágico, eventraciones, hernias inguinales bilaterales, procedimientos diagnósticos intracavitarios o sobre determinadas vísceras, “*second look*” de intervenciones tumorales previas, etc.

La implicación de la cirugía de urgencia en CMA, es ya una realidad presente en nuestro ámbito en procedimientos de alta incidencia como apendicitis aguda, colecistitis aguda, procesos proctológicos agudos, laparoscopia exploradora, etc.

Cambiar las normativas y el funcionamiento en sanidad es difícil, en parte por las inercias establecidas en largos periodos de tiempo, y por la firmeza en las convicciones de los resultados obtenidos, etc. Pero para poder avanzar en la exigencia de implantar una gestión más efectiva y eficiente, se debe desarrollar un plan estratégico que indudablemente debe tener un apoyo institucional que lo facilite, esto es que, conocidas y asumidas las ventajas de la CMA por parte de los directivos se plantee un cambio funcional y estructural en el área quirúrgica.

En conclusión, tenemos la ocasión de implantar la CMA como la primera opción quirúrgica en un gran número de pacientes, para que con los mismos recursos de los que disponemos, incrementar la actividad quirúrgica con eficacia, seguridad y mayor eficiencia y poder así contribuir ahora y en el futuro a sostener el sistema sanitario y dar respuesta a situaciones como las que actualmente vivimos. *¡No desaprovechemos esta oportunidad!*

BIBLIOGRAFÍA

1. British Association of day Surgery. BADS Directory of procedures. 3ed. London 2009. Disponible en www.bads.co.uk.
2. Capitan Vallvey JM. Crisis sanitaria y cirugía mayor ambulatoria. CIR MAY AMB 2013.18, 1:1-3.
3. Castoro C, Bertinato L, Bacaglioni U, Drace C A, Mc Kee M. Executive Committee Members. Policy Brief: making it happen. European observatory on Health Systems and Policies. WHO European Center for Health Policy; 2007.
4. Docobo Durántez F, Mena Robles J, Domínguez Usero D, García Moreno J, Tamayo López MJ, Sacristán Pérez C. Gestión clínica en Cirugía Mayor Ambulatoria. Cir Andal 2006; 17: 259-263.
5. Jiménez Bernadó A. Perspectivas de futuro de la CMA. CIR MAY AMB 2016,1: 1-5.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informes, estudios e investigación 2008. Manual Unidad de Cirugía mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones.