

COMUNICACIÓN

CIRUGÍA AMBULATORIA. LECCIONES APRENDIDAS EN 16 AÑOS DE EXPERIENCIA

Claudio D. Brandi MAAC, Hugo D. Martínez MAAC, Daniel Bazzolo, Marcela Stolfa, Enrique J. Beveraggi MAAC FACS, Marcelo F. Figari MAAC FACS, Enrique A. Sívori MAAC FACS

RESUMEN

Antecedentes: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) comprende aquellos procedimientos quirúrgicos realizados con anestesia general o regional que requieren control posoperatorio y en los que el paciente retorna a su domicilio el mismo día de la intervención. Es condición necesaria que el enfermo no pase la noche en la institución. Con el desarrollo de técnicas menos invasivas y mejores drogas anestésicas, los procedimientos ambulatorios son cada vez más frecuentes.

Objetivo: Analizar los resultados a largo plazo en los pacientes operados en forma ambulatoria.

Lugar de Aplicación: Unidad de Cirugía Ambulatoria, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Población: 82.901 pacientes operados entre noviembre de 1993 y diciembre de 2009.

Método: Análisis de una base de datos prospectiva; estratificación por servicios, complejidad, tipo de anestesia, relación internados ambulatorios, causas de suspensión, conversión, complicaciones y costos.

Resultados: Se realizaron 82.901 cirugías, representando 29.5% de los procedimientos hospitalarios: 70.24% fueron CMA, índice de suspensión 8.2%, índice de conversión 0.89%, fallecidos 0.002%, el costo hora/quirófano en la UCA fue 10% más económico, ahorro de 58.227 días/cama.

Conclusiones: Se observó un incremento sostenido de la CA, 32% de las cirugías del hospital fueron ambulatorias, 70% correspondieron a CMA, la morbimortalidad fue comparable a otros centros, se ahorraron 58.227 días cama que fueron asignadas a procedimientos de mayor complejidad, se estimó un ahorro de \$ 20.000.000. En la actualidad esta unidad representa para el hospital un área estratégica vital para el funcionamiento y desarrollo de la cirugía moderna.

Palabras clave: cirugía ambulatoria

ABSTRACT

Background: Ambulatory Surgery (CMA) includes those surgical procedures with general or regional anesthesia and postoperative required where the patient returns to his home the same day of surgery. It is a condition that the patient does not spend the night at the institution. With the development of less invasive techniques and improved anesthetic drugs outpatient procedures are becoming more frequent.

Objective: To analyze the results of patients operated on an outpatient basis over time.

Setting: Ambulatory Surgery Unit, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Population: 82.901 patients operated between November 1993 and December 2009.

Method: Analysis of a prospective database, stratification by service, complexity, type of anesthesia, outpatient/internal relationship, grounds for suspension, conversion, complications and costs.

Results: 82.901 surgeries were performed, representing 29.5% of hospital procedures, 70.24% were CMA, 8.2% discontinuation rate, conversion rate 0.89%, 0.002% died, the cost/time in the operating room was 10% UCA cheaper, saving 58.227 days/bed.

Conclusions: There was a steady increase in the CA, 32% of hospital surgeries were outpatient, 70% corresponded to CMA, morbidity and mortality was comparable to other centers, bed saved 58.227 days were assigned to more complex procedures, estimated savings of \$ 20.000.000. Currently this unit for the hospital is a vital strategic area for the operation and development of modern surgery.

Key words: ambulatory surgery

Rev. Argent. Cirug., 2011; 100 (5-6): 114-125

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) comprende aquellos procedimientos quirúrgicos realizados con anestesia general o regional que requieren control posoperatorio y en los que el paciente retorna a su domicilio el mismo día de la intervención^{3,4,7}.

Es condición necesaria que el enfermo no pase la noche en la institución^{3, 15, 16, 17, 19, 23}.

Con el desarrollo de técnicas menos invasivas y mejores drogas anestésicas los procedimientos ambulatorios son cada vez más frecuentes⁴. Diversas publicaciones refieren que el 60% de las cirugías se pueden realizar en forma ambulatoria^{4, 7}. Las unidades de cirugía ambulatoria se han transformado en servicios seguros, de alta calidad y eficiencia. La mortalidad y las complicaciones mayores están por debajo del 1%. Considerada como cirugía de bajo riesgo, por tratarse de procedimientos simples en gente relativamente sana, en los últimos años se están incluyendo pacientes con más riesgo y operaciones más complejas. Los indicadores de mortalidad y morbilidad, por su baja frecuencia, no alcanzan para medir la calidad del servicio. Hoy se buscan índices de complicaciones menores, de confort, acortamiento de listas de espera, cumplimiento de resultados y expectativas del paciente.

La Unidad de Cirugía Ambulatoria (UCA) del Hospital Italiano comenzó en noviembre de 1993, y en 1999 se presentó en esta Academia la experiencia de los primeros 5 años^{3, 17}.

El objetivo del presente trabajo es analizar la continuidad de dicha experiencia y las lecciones aprendidas a lo largo de 16 años.

MATERIAL Y MÉTODO

La UCA es una unidad independiente con base hospitalaria, cuenta con 5 quirófanos equipados para realizar anestesia general y dos áreas de recuperación anestésica inmediata y mediata. La unidad funciona de 7.30 a 21.00 hs., efectuando procedimientos con anestesia general hasta las 17.30 hs. Ocupa a 46 empleados: coordinadores médicos (2 cirujanos, 1 anestesiólogo), empleados administrativos 6, coordinadora de instrumentadoras/enfermeras 2, instrumentadoras/enfermeras circulantes 20, enfermeras de recuperación 5, técnicos de anestesia 3, camilleros/mucamas 4, preparadoras de farmacia 2, preparadoras de materiales 1. La unidad sigue normas internacionales sobre cirugía ambulatoria que fueran descriptas en detalle en nuestro trabajo anterior¹⁷.

La población en estudio comprende a todos los pacientes operados entre noviembre de 1993 y diciembre de 2009, divididos por especialidad y tipo de anestesia.

Se define como cirugía mayor ambulatoria a las intervenciones realizadas con anestesia general, bloqueo o local con neuroleptoanalgesia (NLA).

Se define como cirugía menor ambulatoria a las realizadas sólo con anestesia local.

Se establecen como indicadores clínicos de calidad: a) porcentaje de cirugías canceladas por causas médicas o administrativas, b) porcentaje de pacientes internados por complicaciones quirúrgicas, anestésicas o sociales. Se define como complicaciones a aquellas ocurridas en la cirugía o durante la recuperación anestésica, que por su magnitud son motivo de internación.

Desde el año 2009, para optimizar los indicadores previamente mencionados y con el objetivo de disminuir las fallas humanas, se implementó un cuestionario de seguridad en quirófano (checklist).

Luego de realizado el estudio de costos se comparó: a) el valor de la hora/quirófano de los procedimientos efectuados en la unidad, versus el valor hora/quirófano de aquellos ejecutados en el quirófano con internación, b) se descuenta el valor del día/cama promedio de internación. Estos valores fueron tomados del ejercicio contable 2009.

RESULTADOS

En el período de estudio se realizaron en el Hospital Italiano de Buenos Aires un total de 280.973 procedimientos quirúrgicos; de estos, 82.901 (29.5%) se efectuaron en la UCA, con un promedio de 431.77 por mes, equivalente a 21.55 por día o 2.1 por hora. Pertenecieron al grupo de cirugía mayor 58.227 (70.24%) y al de cirugía menor 24.674 (29.76%).

En la Tabla 1 se muestra su distribución por año y por servicio. En la Tabla 2 se detalla el tipo de anestesia por año. La Tabla 3 muestra la distribución por año según dos grupos de cobertura médica, los que dependen del plan de salud del Hospital Italiano y los dependientes de otras financiadoras.

La distribución de la población según cobertura fue 52.48% para planes a cargo del hospital y 47.52% otras prepagas, obras sociales y pacientes privados. Estos valores fueron cambiando, en 1994 el plan propio representó 30% de la población ambulatoria y 57% en 2009.

TABLA 1

Distribución de procedimientos ambulatorios por servicio y año

| Servicios | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Total | % |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|-------|
| Cir. General | 54 | 748 | 824 | 828 | 929 | 860 | 921 | 942 | 988 | 1004 | 948 | 1092 | 1099 | 1182 | 1205 | 1176 | 1221 | 16020 | 19.32 |
| Oftalmología | 62 | 511 | 481 | 506 | 737 | 807 | 971 | 832 | 692 | 698 | 919 | 1198 | 1634 | 2107 | 2004 | 1944 | 1947 | 18050 | 21.77 |
| Ginecología | 15 | 270 | 468 | 534 | 583 | 713 | 973 | 1018 | 966 | 807 | 878 | 921 | 837 | 873 | 861 | 1023 | 1041 | 112781 | 15.41 |
| Ortopedia | 0 | 6 | 56 | 442 | 487 | 468 | 343 | 328 | 467 | 417 | 360 | 636 | 911 | 1008 | 1113 | 1273 | 1616 | 99311 | 11.97 |
| Pediatría | 0 | 77 | 249 | 262 | 326 | 476 | 385 | 414 | 384 | 315 | 353 | 382 | 413 | 449 | 470 | 493 | 536 | 5984 | 7.21 |
| O.R.L. | 46 | 259 | 184 | 169 | 150 | 169 | 189 | 270 | 312 | 337 | 363 | 443 | 562 | 656 | 649 | 570 | 669 | 5997 | 7.24 |
| Cir Plástica | 10 | 119 | 159 | 146 | 220 | 295 | 583 | 597 | 485 | 390 | 345 | 314 | 371 | 566 | 536 | 460 | 447 | 6043 | 7.29 |
| Urología | 12 | 99 | 150 | 160 | 187 | 248 | 267 | 328 | 289 | 210 | 222 | 253 | 265 | 287 | 334 | 310 | 328 | 3949 | 4.77 |
| C.C.V | 2 | 3 | 7 | 6 | 19 | 31 | 51 | 55 | 70 | 63 | 80 | 82 | 99 | 80 | 85 | 76 | 54 | 863 | 1.05 |
| Neurocirugía | 1 | 2 | 3 | 1 | 8 | 16 | 11 | 22 | 15 | 12 | 7 | 16 | 10 | 18 | 10 | 40 | 48 | 240 | 0.29 |
| otros | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 | 46 | 54 | 58 | 69 | 80 | 314 | 439 | 582 | 793 | 305 | 268 | 3043 | 3.68 |
| Total | 202 | 2094 | 2581 | 3054 | 3646 | 4118 | 4740 | 4860 | 4726 | 4322 | 4555 | 5651 | 6640 | 7808 | 8059 | 7670 | 8175 | 82901 | 100 |

TABLA 2

Distribución de procedimientos ambulatorios anestesia y año (s/a = sin anestesia)

| Servicios | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Total | % |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| General | 66 | 730 | 1028 | 1117 | 1389 | 1687 | 1865 | 2185 | 2006 | 1933 | 2103 | 2435 | 2803 | 3012 | 3182 | 3377 | 3615 | 34533 | 41.65 |
| Bloqueo | 0 | 28 | 84 | 309 | 318 | 276 | 167 | 133 | 174 | 133 | 146 | 393 | 568 | 743 | 727 | 628 | 802 | 5629 | 6.79 |
| N.L.A | 0 | 0 | 103 | 374 | 525 | 879 | 1175 | 1109 | 1031 | 870 | 1029 | 1310 | 1685 | 2083 | 2001 | 1841 | 2050 | 18065 | 21.79 |
| Local | 136 | 1335 | 1327 | 1177 | 1324 | 1188 | 1410 | 1364 | 1417 | 1343 | 1250 | 1513 | 1584 | 1969 | 2149 | 1824 | 1708 | 24018 | 28.97 |
| s/a | 0 | 1 | 39 | 77 | 90 | 88 | 123 | 69 | 98 | 43 | 27 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 656 | 0.80 |
| Total | 202 | 2094 | 2581 | 3054 | 3646 | 4118 | 4740 | 4860 | 4726 | 4322 | 4555 | 5651 | 6640 | 7808 | 8059 | 7670 | 8175 | 82901 | 100 |

TABLA 3

Distribución de procedimientos ambulatorios según cobertura social (P/S= plan de salud HI)

| | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Total | % |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| p/s | 58 | 649 | 852 | 1042 | 1424 | 1911 | 2375 | 2560 | 2449 | 2248 | 2564 | 3423 | 3788 | 4345 | 4736 | 4377 | 4713 | 43514 | 52.48 |
| Otros | 144 | 1445 | 1729 | 2012 | 2222 | 2207 | 2365 | 2300 | 2277 | 2074 | 1991 | 2228 | 2852 | 3463 | 3323 | 3293 | 3462 | 39387 | 47.52 |
| Total | 202 | 2094 | 2581 | 3054 | 3646 | 4118 | 4740 | 4860 | 4726 | 4322 | 4555 | 5651 | 6640 | 7808 | 8059 | 7670 | 8175 | 82901 | 100 |
| % p/s | 28.71 | 30.99 | 33.01 | 34.11 | 39.05 | 46.40 | 50.10 | 52.67 | 51.81 | 52.01 | 56.28 | 60.57 | 57.04 | 55.64 | 58.76 | 57.06 | 57.65 | | |

Se observaron 7445 procedimientos suspendidos el día de la cirugía, lo que representa un 8.2%. Se registraron 745 pacientes con complicaciones inmediatas que motivaron su internación. Índice de conversión 0.89%.

Tuvimos 2 pacientes fallecidos (0.002%) 2.4: 100.000, 1:41.450. El primero fue un paciente añoso que falleció por hipotensión y bradicardia extrema al realizar la anestesia raquídea. El segundo un paciente joven que falleció por broncoespasmo anafiláctico (Tabla 4).

El costo hora/promedio/quirófano en la UCA, en el ejercicio 2009 fue de \$ 420. El costo/hora promedio/quirófano central para pacientes internados fue de \$ 470. La diferencia de \$ 50 significó un ahorro del 10%. El costo día/cama/promedio fue de \$ 350. Si los procedimientos de cirugía mayor ambulatoria se hubieran internado sólo 24 hs, puede calcularse un ahorro de 58.227 días/ cama, representando \$ 20.379.450 en el período de estudio (16 años).

TABLA 4

Complicaciones que motivaron la internación del paciente

| Complicaciones | Nº | % |
|---------------------------|-----|-------------|
| Hemorragias | 131 | 0.16 (17.6) |
| Cirugías prolongadas | 129 | 0.15 (17.3) |
| Dolor | 99 | 0.12 (13.2) |
| Náuseas y Vómitos | 88 | 0.10 (11.8) |
| Causas sociales | 87 | 0.10 (11.6) |
| Mala selección | 78 | 0.09 (10.4) |
| Cambios en el diagnóstico | 43 | 0.05 (5.7) |
| Hipotensión vagal | 35 | 0.04 (4.6) |
| Angor | 9 | 0.01 (1.2) |
| Hta | 19 | 0.02 (2.5) |
| Broncoespasmo | 12 | 0.01 (1.6) |
| Lesión arterial | 3 | 0.003 (0.4) |
| FA | 9 | 0.001 (1.2) |
| Perforación de vejiga | 1 | 0.001 (0.1) |
| Fallecido | 2 | 0.002 (0.2) |
| Total | 745 | 0.89 |

DISCUSIÓN

La UCA creció en forma sostenida desde el 17% del total de procedimientos quirúrgicos del hospital en 1994 hasta llegar al 32% en 2009, con un promedio del 29% en 16 años. Si bien el crecimiento fue sostenido, estamos lejos de alcanzar las estimaciones internacionales publicadas (60%)^{4, 5, 7}.

Llegar a esos valores es una situación ideal y esperable, pero también cada país y centro quirúrgico puede tener cifras diferentes según población, idiosincrasia y patología que maneja. Es importante destacar el crecimiento a expensas de la CMA (70.2%). Esto demuestra una transferencia de cirugías del área de internación hacia la ambulatoria.

En los últimos años notamos una tendencia a realizar mayor cantidad de procedimientos con NLA y una disminución en el uso de la anestesia local. En el período (1993-1999) se realizaron 38.64% de intervenciones con anestesia local versus 14.95% con NLA. En el período 2000-2009, 25.80% con anestesia local versus 24.08% con NLA, o sea un incremento de 10 puntos porcentuales en las NLA.

El hábito de trabajo en conjunto entre cirujanos y anestesiólogos y el bienestar del paciente podrían explicar este cambio. El incremento en la realización de pequeñas cirugías con anestesia local en los consultorios externos sería otro factor que explica esta circunstancia. En EE.UU. la pequeña cirugía en consultorios externos está creciendo contando en la actualidad con sociedades de "office surgery".

La incidencia de muertes y de complicaciones mayores son extremadamente bajas^{6, 20, 26}.

Warner²⁶ establece un riesgo de muerte del orden de 1:11273 procedimientos. Vila y col.²⁵ hallan una incidencia de 0.78 fallecidos cada 100.000 procedimientos en unidades de cirugía ambulatoria. El riesgo actual se estima en 25 fallecidos cada 100.000 procedimientos^{8, 17}. Presentar bajos porcentajes de cancelaciones refleja eficiencia en la programación quirúrgica. Los programas de CA pueden ser optimizados con una cuidadosa organización administrativa. Las causas de cancelaciones pueden obedecer a: 1) la condición médica crónica pre-existente, 2) descompensación aguda del paciente, 3) razones de organización, 4) otras. Las administrativas son las más fácilmente evitables. Los pacientes deben concurrir 72 hs. antes de la fecha acordada para confirmar y asegurar que las autorizaciones estén en orden. Una empleada administrativa llama a los pacientes 48 hs. antes para asegurar horario y cumplimiento de las indicaciones preoperatorias.

La tasa global en internaciones no planeadas suele ser muy baja entre 0.85 y 4.7%^{5, 12, 13, 14, 21}.

Gold y col.¹² informa una incidencia de internaciones no planeadas de 1.04%. Entre las primeras figuran: dolor 18.6%, sangrado 18.6% y vómitos incoercibles 17.5%. Afirma que ciertos factores estarían asociados a mayor probabilidad de internación anticipada, como la anestesia general, la cirugía urológica, procedimiento con duración mayor de una hora y la edad. Sostiene que la posibilidad de admisión anticipada está más relacionada con la anestesia y el tipo de cirugía que con las características clínicas del paciente.

Osborne y col.²¹ hallan 1.34% de internaciones anticipadas. Relacionada a la cirugía 0.95% y asociadas a la anestesia 0.13%. No obstante, la mayoría de los autores coinciden en que muchas pueden ser prevenibles, especialmente las relacionadas con el dolor, las internaciones por simple observación o por razones sociales. La inapropiada selección de los pacientes, la subestimación de la patología y duración de la cirugía mayor a lo planeado suelen ser su origen. El Board de la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) propone que el monitoreo constante de las internaciones anticipadas y la corrección de sus causas es el mejor indicador para mejorar la eficiencia de la cirugía ambulatoria¹⁴.

Nosotros hemos registrado 745 pacientes complicados con un índice de conversión del 0.89%. Las hemorragias (17.6%), se presentan con mayor frecuencia en la cirugía ORL, cirugía plástica y reconstructiva. Con una depurada técnica pueden seguir disminuyendo.

Las cirugías prolongadas (17.3%) comprenden aquellas que se extendieron más de lo programado, o las que realizadas con anestesia general comenzaron luego de las 18.00 hs. y el equipo médico decide la internación. Varios autores refieren entre las principales causas de internación la finalización de la cirugía luego de las 17.00 hs.^{10, 14, 24}. En ciertos casos la decisión pasa por precaución en el cuidado del paciente y dificultades del grupo familiar, aunque se encuentre en condiciones de alta. Se ha implementado el fast-track para disminuir el tiempo de permanencia de los enfermos en la sala de recuperación inmediata, pasándolos a la sala de recuperación mediata. La utilización de drogas de corta acción y rápida metabolización permite realizar estas maniobras en forma segura. Pero no queda claro en la literatura si la técnica de fast-track se acompaña de una disminución de costos, siendo controvertidos los resultados analizados en varios centros. Chung y col.⁹ idearon un sistema cuantitativo de alta posanestésica que se basa en cinco criterios fundamentales: 1) signos vitales estables,

2) ambulación, 3) ausencia de náuseas y vómitos, 4) dolor tolerable, y 5) ausencia de sangrado. El asignar valor numérico a cada concepto permite ser más objetivo. Ello facilita el criterio del alta para el personal de enfermería.

La ingesta de líquidos se consideraba un requisito necesario; en la actualidad este concepto está en revisión, ya que la tolerancia de líquidos no asegura ausencia de náuseas y/o vómitos horas más tarde del alta.

La necesidad de internación por cirugías prolongadas se ha incrementado con respecto a nuestro trabajo anterior. Esto obedece a su inicio tardío y tiempo insuficiente de recuperación. La alta demanda de turnos quirúrgicos y el horario limitado de la unidad condicionan esta situación. El dolor posoperatorio (13.2%) y las náuseas y vómitos (11.8%) son causas frecuentes de internación en todas las publicaciones y están estrechamente relacionadas con la anestesia empleada, tipo y duración de la cirugía, y antecedentes de náuseas y vómitos del paciente^{9, 14, 27}. El dolor en nuestra casuística se presentó en el 0.12% de la población total y en el 0.28% de los procedimientos con anestesia general.

Actualmente se recomienda iniciar el tratamiento del dolor con AINES durante la anestesia y continuarlo en forma reglada durante el posoperatorio anticipándose a su comienzo^{2, 14, 18, 22}. La infiltración de la zona quirúrgica con anestésicos locales de acción prolongada ha demostrado ser efectiva, ya que bloquea el círculo vicioso del dolor que se desencadena cuando comienza el acto quirúrgico. Las náuseas y vómitos se presentaron en el 0.10% de la población total y en el 0.25% de las anestésias generales. Muchos avances se han registrado en este tema en los últimos años. Se recomienda la identificación de los pacientes de riesgo o con antecedentes de náuseas y vómitos para el tratamiento profiláctico con corticoides y antieméticos^{1, 9, 11, 14}. El acortamiento del ayuno preoperatorio, permitir la ingesta de líquidos claros unas horas antes de la cirugía y la buena hidratación durante la anestesia disminuirían las náuseas y vómitos. Hoy en día la ausencia de diuresis, la intolerancia oral de líquidos y las náuseas no son condiciones excluyentes para el alta. Se acepta que estos pacientes, con buena contención familiar, pueden ser dados de alta aun con estado nauseoso.

Las causas sociales, internación por razones no médicas (11.6%): compete al médico tratante junto con la asistente social u obras sociales resolver esta situación. La mala selección (10.4%) es un problema cultural y de educación médica. El cirujano a cargo del paciente debe saber y decidir si el paciente es apto para la cirugía ambulatoria.

La edad no es un factor excluyente, nos registramos por la edad biológica y el tipo de cirugía que se realizará. Si bien la distancia domiciliaria es un factor importante, hemos realizado cirugías a pacientes con domicilios a gran distancia, siempre que tengan buena movilidad, medio de transporte y grupo familiar responsable y continente. Hemos implementado servicios de seguimiento domiciliario para algunas patologías de mayor complejidad, como la colecistectomía laparoscópica, pero en la práctica la demanda de este servicio fue la excepción. El seguimiento telefónico resultó ser suficiente y se reflejó en la satisfacción del paciente.

Estudiando detenidamente las complicaciones pudimos disminuir muchas de éstas. La internación no planeada puede aumentar con la inclusión cada vez más frecuente de pacientes con mayores riesgos y cirugías más complejas. Si puede mantenerse en el mismo nivel, esto indicará sin duda un mejoramiento de la calidad en la cirugía ambulatoria¹⁴. Sus causas deben ser continuamente evaluadas por todos los centros de cirugía ambulatoria.

El trabajo conjunto de cirujanos y anestesiólogos ofrece los mejores resultados. Es importante explicar detalladamente en forma oral y por escrito las indicaciones previas a la cirugía, durante la estadía en la unidad y en el posoperatorio. Esto genera confianza, disminuye la ansiedad y evita malentendidos. En muchas oportunidades no se presentan complicaciones quirúrgicas, pero el simple incumplimiento de las expectativas del paciente motiva su insatisfacción¹⁴.

CONCLUSIONES

1. En la actualidad el 32% de las cirugías de nuestro hospital son ambulatorias.
2. De ellas el 70% corresponden a CMA.
3. En términos de morbimortalidad nuestras cifras son comparables a las de centros de referencia.
4. Observamos un 10% de incremento de los procedimientos con NLA.
5. La cirugía ambulatoria permitió ahorrar 58.227 días cama que fueron asignados a procedimientos de mayor complejidad.
6. Esto significó un ahorro de \$ 20.000.000 en 16 años.
7. La hora/quirófano resultó 10% más económica, comparada con la del quirófano central del hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apfel CC, Laara E, Koivuranta M, et al: *A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting*. *Anesthesiology* 1999; 91: 693-700.
2. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta S, Gan TJ: *Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged*. *Anesth Analg* 2003; 97: 534-540.
3. Brandi C, Martínez H, Beveraggi E, Sívori E: *Ambulatory Surgery, four years experience*. *Ambulatory Surgery* 1999; 7: 12-15.
4. Davis JE: *Cirugía general mayor en el paciente ambulatorio*. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica* 1987; 4: 749-777.
5. Deutsch N, Wu CL: *Patient outcomes following ambulatory anesthesia*. *Anesthesiol Clin North Am* 2003; 21: 403-415.
6. Duncan PG, Cohén MM, Tweed WA, et al: *The Canadian four-centre study of anaesthetic outcomes: practice?* *Can J Anaesth* 1992; 39: 440-448.
7. Ferraina P: *Cirugía Ambulatoria*. *Rev Argent Cirug* N° extraordinario, 1991.
8. Fleisher LA, Pasternak LR, Herbert R, et al.: *Inpatient hospital admission and death after outpatient surgery in elderly patients: importance of patient and system characteristics and location of care*. *Arch Surg* 2005; 139: 67-72.
9. Fortier J, Chung F, Su J: *Unanticipated admission after ambulatory surgery - a prospective study*. *Can J Anesth* 1998; 45: 612-619.
10. Fortier J, Chung F, Su J: *Unanticipated admission after ambulatory surgery - a prospective study*. *Can J Anaesth* 1998; 45: 612-619.
11. Gan TJ, Sloan F, et al.: *How much are patients willing to pay to avoid postoperative nausea and vomiting?* *Anesth Analg* 2001; 92: 393-400.
12. Gold BS, Kitz DS, Ilecky JH et al.: *Unanticipated admission to the hospital following ambulatory surgery*. *JAMA* 1989; 262: 3008-3010.
13. Greenburg AG, Greenburg JP, Tewel A, et al.: *Hospital admission following ambulatory surgery*. *Am J Surg* 1996; 172: 21-23.
14. Lemos P, Jarrett P, Philip B: *Day Surgery Development and Practice*. International Association for Ambulatory Surgery 2006.
15. Marín Morales J, Otero JA: *Unidad de Cirugía de Día: Funcionamiento y experiencia*. *Cir Esp* 1994; 56: 231-234.
16. Marín-Morales J: *Cirugía Mayor Ambulatoria: Una Transformación necesaria*. *Cirugía Mayor Ambulatoria* 1996; 1 (0): 13.
17. Martínez H, Brandi C, Sívori E, Bazzolo D, Costanzo D: *Cirugía Ambulatoria: Cinco años de experiencia en una unidad independiente con base hospitalaria*. *Rev Argent Cirug* 2000; 79: 160-173.
18. Mcgrath B, Elgendy H, Chung F, et al.: *Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hs after ambulatory surgery: a survey of 5703 patients*. *Can J Anesth* 2004; 51: 886-891.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Cirugía Mayor Ambulatoria: Guía de Organización y Funcionamiento*. Madrid 1993.
20. Natof HE: *Complications associated with ambulatory surgery*. *JAMA* 1980; 244: 1116-1118.
21. Osborne GA, Rudkin GE, *Outcome after day-care surgery in a major teaching hospital*. *Anaesth Intens Care* 1993; 21: 822-827.
22. Pavlin DJ, Chen, Penaloza DA, et al.: *Pain as factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery*. *Anesth Analg* 2002; 95: 627-634.
23. Porrero JL: *Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual Práctico*. Barcelona, Masson 2° edición, 2002.
24. Robinson TN, Biffi WL, Moore EE, et al.: *Predicting failure of outpatient laparoscopic cholecystectomy*. *Am J Surg* 2002; 184: 515-519 (D-11).
25. Vila H Jr, Soto R, Cantor AB, et al.: *Comparative outcomes analysis of procedures performed in physician offices and ambulatory surgery centres*. *Arch Surg* 2003; 138: 991-995.
26. Warner MA, Shields SE, Chute CG: *Major Morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anaesthesia*. *JAMA* 1993; 270: 1437-1441.
27. Wu CL, Berenholtz SM, Pronovost PJ, Fleisher LA: *Systematic review and analysis of postdischarge symptoms after outpatient surgery*. *Anesthesiology* 2002; 96: 994-1003.

DISCUSIÓN

Dr. Ricardo Grinspan* MAAC FACS: Antes de mostrar algo de lo que hicimos en gestión para hacer cirugía ambulatoria (CA) y mostrar las diferencias de un hospital público con los privados como el grupo del Hospital Italiano quiero felicitarlos por su progresivo crecimiento desde la primera presentación en 1999. Además quiero agradecer especialmente al Dr. Claudio Brandi con quien nos reunimos cuando preparábamos el programa de CA, ya que fue quien nos brindó toda la experiencia que había adquirido y nos dijo de los tropiezos que surgirían en el desarrollo, la fortaleza para sortearlos y cómo seguir adelante. Asimismo, nos invitó a participar en las reuniones de consenso de la comisión que coordinaba en la Asociación Argentina de Cirugía.

El PROCA es una Unidad de Gestión para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos quirúrgicos a pacientes ambulatorios, desarrollado en el Hospital J. A. Fernández. En esta primera imagen (proyección 1) y en la siguiente (Proyección 2) mostramos la carátula de un manual que se hizo para que todo el hospital se involucrara en la CA.

Se origina tomando como marco de referencia el incremento mundial en los procedimientos de cirugía ambulatoria. Con este objetivo, el Departamento de Cirugía desarrolla a partir del 2001 una estrategia de reingeniería de procesos de atención quirúrgica a través de programas. Incluía el PROCA, que como dije es el Programa de Cirugía Ambulatoria. El objetivo era mejorar la accesibilidad a los procedimientos terapéuticos quirúrgicos sin que el paciente ingresara en una cama del Hospital y en largas listas de espera que en algunas especialidades era de 6 meses a un año.

Recién pudimos comenzar a principios del 2004. El Hospital Fernández participó a pleno, tanto administrativos como técnicos, profesionales y autoridades, pero el motor para llevarlo adelante fue el Dr. Julio Comando, quien con el Dr. Vilella con experiencia en ambulatorio en circuitos privados y la Dra. Graciela Alaluf, especializada en calidad en gestión, le dieron forma durante los dos años de organización a este programa.

El entusiasmo por el mismo llevó a presentarlo a un premio de calidad del GCBA y obtuvo para el Hospital una mención especial.

En una secuencia rápida de escritos pretendemos demostrar parte de lo elaborado para que el programa funcionara. En honor al tiempo destacaremos sólo la leyenda superior de cada imagen sin explicar el flujograma de ellas y asimismo en el escrito a publicar, por razones reglamentarias de

espacio, se describen sólo los títulos de cada una de las 4 proyecciones.

Proyección 3: Información al paciente para que no deambulara por el hospital, o sea el circuito que debía hacer.

Proyección 4: Lo mismo para el personal del hospital que había sido instruido de la agilidad del programa que llevaba a tener el prequirúrgico en 72 hs o a lo sumo una semana.

Proyección 5: El tríptico con las indicaciones preoperatorias desde una semana antes de la cirugía hasta el día de la misma.

La participación en la discusión apunta a diferencias que hacen a los Hospitales Públicos.

El grupo del Italiano dispone en RRHH de 40 personas y esto en los hospitales públicos es imposible ya que cuando uno aplica una estrategia no contemplada en la estructura organizacional hospitalaria esos cambios no son sencillos de obtener y todo programa depende de la voluntad de algunos. El de RRHH es un tema crucial tal como fue presentado, y que los administrativos formen parte importante del circuito.

El tipo de paciente también es distinto, nivel cultural distinto, sin seguros o coberturas y esto hace que para evitar problemas legales nuestra selección deba ser algo distinta. Pudimos sin embargo, hacer seguimiento telefónico en el posoperatorio inmediato ya que gran parte de nuestra población tiene teléfono celular. Esto fue un impacto importante y que el paciente valoró y con lo que se sintió protegido.

Si bien las autoridades de turno cuando se creó el programa nos apoyaron, no pudieron como ya dije cambiar normas legales de nombramientos lo que hizo difícil sostener y hacer progresar la Cirugía Ambulatoria de la menor a mayor como la que presentan hoy los autores. Llegamos a hacer colecistectomía laparoscópica, artroscopias y otra, pero con esfuerzo de los profesionales actuantes, con cambios de horarios y otros inconvenientes lo que hizo que tuviéramos que bajar las expectativas y aprovechar nuestro esfuerzo para la Cirugía Menor Ambulatoria, viéndose beneficiadas sólo algunas especialidades.

Finalmente respecto a costos, felicito a los autores por las cifras demostradas. Nosotros partimos de la falta de presupuesto para el programa por lo cual es casi imposible de realizar costos. En los Hospitales Públicos se suman otros motivos, algunos son que la mayoría de los pacientes no tiene cobertura o la niega y no siempre es fácil detectarlos, no disponemos de un soporte informático sobre insumos en quirófano y si bien se

* Miembro Académico

** Miembro Asociado

hace manual es difícil luego cruzar datos porque no hay personal y el existente tiene otras tareas que lo sobrepasan. Consideramos que el ahorro existe pero es subjetivo y no podemos demostrarlo.

Como ven, podríamos seguir enumerando muchos factores diferentes que hacen imposible alcanzar el progreso que mostraron los autores.

Dr. Manuel Montesinos* MAAC FACS: Coincido con todo lo por ellos vertido, me parece que es el tema de actualidad la internación ambulatoria y creo que es un trabajo excelente y muy bien presentado. Sin embargo, como dicen algunos preopinantes, hay diferencias con el hospital de gestión estatal.

Si la Presidencia me permite, preferiría mostrar unas pocas diapositivas con la experiencia en el Hospital de Clínicas. Coincidiendo con las convicciones que mueven a esta cirugía ambulatoria, el "Programa hospital de día" en el Hospital de Clínicas se inició en el año 2004 y tiene una modalidad distinta, en lugar de ser solamente pacientes quirúrgicos, incluye hospital de día diagnóstico que incluye internación de pacientes para hacer una metodología diagnóstica, por ejemplo con movilidad reducida, ancianos o del interior se internan, se hacen análisis de sangre, radiografías, tomografías, ecografías, interconsultas con distintos especialistas y en un solo día completan una evaluación. También un hospital de día clínico, que es la administración de algún tratamiento, por ejemplo antibióticos, antivirales, pulsos de corticoides, ciclos de fosfamida para enfermedades reumáticas y también, por supuesto, el control de la cirugía ambulatoria.

La siguiente: los objetivos perseguidos fueron acortar el tiempo de internación, disminuir los costos operativos de la institución, facilitar el registro y facturación, sobre todo porque nuestro Hospital de Clínicas depende de la Universidad de Buenos Aires y llamativamente no tiene asignado un presupuesto de funcionamiento desde hace varios años; por lo tanto, la posibilidad de facturar a través de la adhesión al decreto de gestión centralizada o antes llamado de autogestión, es muy importante para los valores económicos del hospital.

El hospital de día permite registrar todas esas prácticas que antes se realizaban por circuitos informales y no permitían su adecuada facturación y cobro, y por supuesto también tiene un valor docente, porque permite instruir a los residentes en un tipo de asistencia médica que ellos van a ver después en su práctica luego de la Residencia.

Siguiente: no tenemos una planta física exclusiva sino que es un peine de internación habitual del hospital, en el período de funcionamiento hemos tenido una experiencia mucho más modesta con solamente casi 9.000 internaciones. Y el porcentaje de suspensión son derivaciones a otros servicios que no pudieron completarse. La práctica es más o menos un poquito superior a lo manifestado por los autores.

Siguiente: En este gráfico podemos ver las internaciones mensuales, desde su inicio hasta la actualidad. Vimos como ha sufrido distintas variaciones de funcionamiento del hospital. Nosotros no tenemos un quirófano propio sino que tenemos que usar los quirófanos generales y entonces depende del funcionamiento del hospital para poder tener actividad, sobre todo actividad quirúrgica.

El pico más bajo de actividad, en julio del 2009, coincidió con la epidemia de gripe del año pasado, en la cual se cerró la internación de todo el hospital. Sin embargo, en el hospital de día se siguió trabajando y ahora estamos en una curva ascendente.

Siguiente: Las especialidades quirúrgicas que más se han empleado en el servicio son la cirugía plástica, cirugía percutánea, sobre todo para el control de punciones hepáticas, cirugía gastroenterológica para hacer neoplastias, procedimientos proctológicos, cirugía torácica con las mediastinoscopias. Siguiente, también las especialidades clínicas han usado el programa bastante y una cosa a destacar, también está creciendo en los pacientes en trasplante renal que incluyen la evaluación pretrasplante de aquellos pacientes dadores de órganos en hospitales pediátricos, que no pueden hacer la evaluación en el hospital donde están internados sus hijos y se hace toda la evaluación pretrasplante en el hospital.

Siguiente: En una encuesta de calidad o satisfacción del paciente, en una muestra, tuvimos afortunadamente un porcentaje alto de muy bueno, tanto para lo administrativo más la enfermería y los médicos y la única crítica fue para el grupo de médicos relacionado con postergación o suspensión de operaciones.

Le quisiera preguntar entonces al Dr. Figari, su trabajo me parece excelente realmente con respecto a los costos; la comparación de costos de la hora quirófano se está refiriendo a cirugías diferentes, las que se hacen con pacientes internados a los que les hacen cirugía ambulatoria, por lo tanto los costos diferentes podrían producirse porque son diferentes cirugías y no por el hecho de que la cirugía sea hecha en forma ambulatoria.

Dr. Francisco Mattera MAAC FACS:** Muy cortito lo que quiero preguntar, sólo son dos cosas. Cuando presentaron, en la introducción hablaron de sin ingresar al hospital, eso me imagino que se refiere sin ser admitido. Eso quiere decir que se lleva una historia clínica particular. La otra cosa que quería agregar es no pernoctar.

En aquellas instituciones en que el paciente entra a la institución y no pernocta, esa cirugía se puede considerar, la primer pregunta, igual ambulatorio o no. En ese caso no sería ambulatorio.

La segunda pregunta, con respecto a los costos, es un poquito diferente a lo que preguntó el Dr. Montesinos. Yo me imagino que Uds., cuando consideran el ahorro, están considerando a aquellos pacientes que no fue el grupo de pacientes que no tuvieron observación. Es decir, aquellos que se fueron inmediatamente, se hubiesen ido igual en cualquier lugar, sino solamente aquellos pacientes en los cuales tuvieron un período de recuperación.

Dr. Frutos E. Ortiz* MAAC FACS: Pido disculpas por una observación que voy a hacer, y después de la misma voy a hacer tres preguntas.

Los trabajos, las conclusiones, tienen que coincidir con los objetivos y los objetivos tienen que coincidir con el título, y en este caso yo pienso que en el título: "Lecciones aprendidas" no figura después en el trabajo. O sea que humildemente sugiero a los autores que a lo mejor convendría prescindir de esas palabras.

Con respecto a las preguntas, la primera pregunta es si tienen organizado quiénes van a operar en la Unidad de Cirugía Ambulatoria o si todos los cirujanos del hospital pueden intervenir en ella. Yo pienso que esto es importante, porque después hablan de seguimiento de los enfermos y es importante que aunque sean distintas personas las que puedan estar en comunicación con los familiares del enfermo, que el cirujano de por sí tenga conocimiento de lo que está pasando con su enfermo, cuando éste está en el domicilio.

He leído en el trabajo, es la segunda pregunta, también se dan altas, incluso en aquellos enfermos que tienen estado nauseoso o que no han observado una emisión de orina posoperatoria. Pensamos que estos dos elementos no sé si pueden haber caído en una dificultad en la estadía en el domicilio, y eso podía ser motivo de alguna atención más especial.

La última pregunta: pienso que es muy importante el estado de satisfacción del enfermo que en operaciones similares, unas con internación y otras por cirugía ambulatoria si es el mismo, en forma, si se ha hecho algún estudio, si hay alguna casuística

que pueda decir que los enfermos están tan conformes, si ha sido tan comfortable uno u otro tipo de posoperatorio.

Dr. Jorge L. Manrique* MAAC: El envío del manuscrito permitió ver los datos y observar con cierta pena cómo la institución pública se está quedando en prestaciones que favorecerían el bienestar de los pacientes, el ahorro del dinero, la redistribución lógica y justa de lo que hay, los retrasos sí innecesarios para patologías menores que podrían ser resueltas en forma ambulatoria.

A partir de la publicación también del Dr. Grinspan, tuvieron mucha suerte porque en el 2004 ellos lo pudieron hacer. Nosotros lo propusimos y fue considerado como un intento absurdo, inadecuado, impropio e ilógico, a tal punto que jamás se dio ni una sola anestesia aparte, ni un solo lugar abriéndolo, ni siquiera un anestesista en el momento que había.

En este momento plantea, como mostraba el Dr. Figari, que se van a determinar 48 cargos para atender cirugía ambulatoria es casi una broma, cuando la planta de los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires está disminuyendo en forma evidente por falta de nombramientos, cuando no tiene nombramientos ni siquiera en negro, cuando hoy hubo una huelga, o ayer, porque los reemplazos de guardia no se están pagando y tampoco la enfermería en que se reemplaza a los ausentes.

Por lo tanto, esto define una bonita metáfora para observar qué bien que nos está yendo con la salud pública, qué bien que estamos proyectando la salud y qué lástima que el sistema público no pueda aprovechar la experiencia que brindan los privados, con un ahorro fenomenal de dinero y una oferta en calidad y cantidad que supera ampliamente lo que se puede ofrecer en los hospitales públicos, por un motivo de organización.

Así que nada más lo felicito, me parece buenísimo el tema, me parece muy bueno que algunos administradores lo lean porque a lo mejor así, alguna vez podremos ofrecerlo a casi el 50% de la población del país que no cuenta con ningún acceso a ningún hospital organizado.

Así que si el Italiano pudo, el Francés pudo en su momento y el Británico pudo y tienen buenos resultados, no entiendo que no lo pueda hacer el hospital público con las diferencias correspondientes.

Muy bueno el aporte de Grinspan para quien lo quiera leer y sepa a quién preguntarle.

Dr. Norberto Lucilli MAAC FACS:** Yo también quería felicitar, básicamente por tres motivos. Primero por la presentación, segundo por haber traído este tema de actualidad al seno de la Academia y tercero, por esa cifra del 32% que teniendo en cuenta la proyección futura, no dudo que en algunos años más van a estar en las cifras que hoy se publican en la bibliografía mundial.

Quiero de alguna manera criticar, tanto en la esfera nacional como en la internacional, la decisión de considerar el "pernoctar o no pernoctar", como para definir si una cirugía es ambulatoria o no, creo que sería mucho más preciso contabilizar las horas del posoperatorio.

Calculo que no es lo mismo hacer una colecistectomía laparoscópica a las 8 de la mañana que a las 5 de la tarde, tiene mucho más chance aquel paciente que fue operado temprano de ser incluido en este programa.

En el *Annals of Surgery* del presente año, el Dr. Muñoz y su grupo de autores españoles publicaron que estiman para los próximos 15 años un incremento del 50% en el gasto de salud. O

sea este es un tema de absoluta actualidad y en el que todos debemos prever y planificar para el futuro. Sin duda que el control del gasto, sin disminuir la calidad de la prestación, es el objetivo de estos programas de cirugía ambulatoria.

En España, los trabajos acerca de cirugía ambulatoria han tomado auge desde los primeros años de la década del '90, y sin embargo en nuestro país ya Pedro Ferraina en el '91 hizo su relato oficial y hoy por hoy en los hospitales públicos al menos, la experiencia con programas serios es muy escasa y difícil de llevar a cabo.

Por último, quería preguntarle al Dr. Figari, si no recuerdo mal, uno de los coautores es el jefe de anestesia del programa del Centro Ambulatorio.

Cuál es la dependencia con el servicio de anestesiología del Hospital Italiano, porque en el ámbito público, por lo menos, muchas de estas operaciones de cirugía ambulatoria son bloqueadas por esta visita preanestésica, que no sólo pide internación sino que a veces hasta terapia intensiva, solamente "por las dudas".

CIERRE DE LA DISCUSIÓN

Marcelo F. Figari MAAC FACS: Gracias Dr. Grinspan. Yo, en nombre del Dr. Brandi, le agradezco la mención y personalmente creo que tanto el Dr. Brandi como el Dr. Martínez han sido sumamente motivantes para todo el medio en el desarrollo de este proyecto. Han trabajado muy seriamente.

Es también muy edificante ver cómo el proyecto en el Hospital Fernández se pudo realizar inicialmente, incluyendo un libro de procedimientos, lo que comentó sobre las listas de espera de 6 meses, que pudieron acortarse, etc. Son casualmente estas diferencias logradas y las experiencias internacionales de mejora en el costo beneficio, lo que debería llevar a nuestros administradores públicos a considerar la inversión en estos proyectos que no hacen más que aumentar la calidad de la atención del paciente y ahorrar dinero del erario público. Sin embargo, conocemos en qué situación se encuentra nuestro país en ese aspecto. De todas maneras, sería deseable insistir en la reimplantación del proyecto.

Gracias Dr. Montesinos. En cuanto al comentario, sí, la importancia del hospital de día para una institución es relevante. En nuestra institución existe un hospital de día que ha pasado por varios procesos, hasta que finalmente se inauguró un área nueva hace aproximadamente 1 año. La misma, sin embargo, se dedica exclusivamente a pacientes con cortas observaciones, fundamen-

talmente clínicas, administración de drogas, estudios cortos, y está divorciado y completamente separado de la observación de los pacientes de cirugía ambulatoria, que tienen su propia área de recuperación. Lamentablemente no tengo en mi poder como para comparar los datos del hospital de día. Evidentemente, el hecho de compartir con el quirófano central, como Ud. comenta, es un problema porque son metodologías absolutamente diferentes y no se podría evitar la colisión.

Llama la atención que entre las especialidades que participan en el proyecto no esté Oftalmología, que debería ser o es en todas las experiencias internacionales siempre la especialidad líder en el área. Imagino que ciertos problemas organizativos locales o la existencia de un quirófano propio llevan a que esa especialidad no use en el Hospital de Clínicas el área ambulatoria.

Y finalmente, con respecto a su última pregunta, sí es cierto que existe una diferencia en cuanto a la magnitud de las cirugías entre el quirófano central y el ambulatorio. Así y todo, muchas cirugías realizadas en el central con anestesia general y con internación, aunque sea internación de un día, a veces tienen magnitud similar, y en términos de duración o de utilización de insumos son equiparables a procedimientos ambulatorios.

Finalmente, la diferencia fue realmente bastante escasa en lo que respecta a la hora quirófano, solamente un 10%. Lo que sí resulta más

significativo es el ahorro del costo potencial del día cama, y el hecho de haber dejado una cama libre para otra internación. Eso es lo que marca al final la diferencia del ahorro, y no tanto la hora de quirófano, como Ud. dice, muy similar.

Muchas gracias, Dr. Frutos Ortiz. Con respecto a su observación, que yo comparto, acerca de que los objetivos deben coincidir con las conclusiones o mejor dicho que las conclusiones deben responder a los objetivos, creo que en nuestro trabajo se dá. Puede haber alguna interpretación con respecto al título "lecciones aprendidas, pero en la sección de mi presentación donde comenté las políticas, las que se implementaron respecto al manejo de estos pacientes en ambulatorio, en términos de selección adecuada, en términos de cambios en política medicamentosa, son evidentemente lecciones aprendidas de la propia experiencia y son también lecciones aprendidas de la experiencia internacional en la materia, así que pensamos que el título del trabajo refleja un cambio evolutivo en la actitudinal por parte de los responsables. Con respecto a quiénes pueden operar en la Unidad de Cirugía Ambulatoria, es una unidad absolutamente abierta a toda la institución. Cualquier médico puede intervenir inclusive algunos profesionales externos, como algunos odontólogos del sistema contratado que están habilitados a hacerlo, siempre que se mantengan las normas institucionales.

Siempre la cirugía está a cargo de una persona de mayor responsabilidad. Ocasionalmente, si hay residentes a cargo, tiene que estar el Jefe de Residentes trabajando con ellos, aunque generalmente es el mismo médico de planta el que es responsable de su cirugía en esta área. Nuestro horario extendido de trabajo de los profesionales en la institución evidentemente facilita esa política.

Es cierto que se menciona en la serie que algunos pacientes con náuseas o vómitos autolimitados, en el marco de una expectativa razonable, son dados de alta igualmente. Obviamente, cualquier duda obliga a una observación más prolongada, pero en general estos casos no han incrementado la necesidad de admisión hospitalaria.

Y finalmente, con respecto a la satisfacción sí, existen encuestas de satisfacción que en este caso, debido al objetivo que tenía el trabajo, no se incluyeron. No está todavía concluido el análisis de los últimos años de la serie, pero el seguimiento telefónico incluye preguntas cortas referentes a la satisfacción experimentada por

el paciente.

Lo que no hay, hasta donde yo sé, y debería consultarlo con el Dr. Brandi, es un estudio de casos y controles de cirugía similares en pacientes ambulatorios e internados, pero sería una buena línea de investigación para el futuro.

Efectivamente Dr. Mattera, todos los pacientes que entran a un consultorio del hospital son por default empadronados, o sea que ya están dentro del sistema electrónico institucional. Obviamente, la historia clínica ambulatoria que tienen estos pacientes que no son admitidos, es una historia electrónica global. Es la misma historia clínica electrónica pero con diferentes entradas, por así decirlo. Con respecto al paciente que sea admitido, operado y no pernocte, o sea dado de alta en el día, no es una situación habitual. Si el paciente tenía planificado un tipo de procedimiento que puede ser ambulatorio, ya necesariamente es derivado para la Unidad de Cirugía Ambulatoria.

Con respecto a los costos, obviamente las comparaciones son entre la cirugía mayor ambulatoria y mayor con admisión, y no referidos a la cirugía menor que no requiere de supervisión posoperatoria prolongada.

Gracias Dr. Manrique, con dolor no puedo más que aceptar que esa es la realidad. El mejor aporte que podemos hacer desde esta Academia, es tratar de que esta publicación y este ejemplo llegue a manos de quienes pudieran implementarlo en el sistema público, que es a quien mejor le vendría.

Gracias Dr. Lucilli. Sí, evidentemente el tema del pernoctar o no, es un tema conflictivo que ha llevado a muchas discusiones, pero en general consideramos que aquella cirugía que determine la admisión del paciente, la prolongación innecesaria de la estadía, aumentando los costos, ya termina prácticamente equiparada con un procedimiento realizado en admisión o con mínimas diferencias, de forma tal que en ese sentido nosotros adherimos a la exclusión de la pernoctación como una extensión de la cirugía ambulatoria, aunque el paciente se termine yendo, pero luego de una observación tan prolongada que incluye casi una estadía.

En ese sentido, obviamente, el hecho de contar con un porcentaje tan alto de cirugía mayor ambulatoria obliga también a una ingeniería por parte de los coordinadores del área de la estratificación de los pacientes por índice de gravedad, y existen bloqueos claros a realizar determinados tipos de cirugía, después de determinada hora. Después de las 16 hs. aproximadamente y con un límite que está en las 18 hs. no se pueden realizar proce-

dimientos con anestesia general, porque no permitirían una observación adecuada, manteniendo los criterios de ambulatoriedad del paciente, de forma tal que si bien no limitamos el incremento progresivo de la complejidad, sí se limita el momento y la oportunidad para la realización de la misma.

Conocemos los trabajos de Muñoz y col. y de hecho están citados dentro de la publicación y obviamente, la presión de costos internacionalmente va a hacer que estos programas vayan cada vez más adelante, con el objeto del control del gasto.

Con respecto a la pregunta de anestesia, si el Dr. Bazzolo que es uno de los 5 coordinadores de la Unidad es, sin embargo, un miembro pleno del

servicio de anestesia, digamos que si bien tiene su dedicación prácticamente exclusiva al área de cirugía ambulatoria junto con otros colegas que trabajan con él, es un miembro pleno del servicio de anestesia, las políticas que se siguen son políticas determinadas dentro del servicio de anestesia y de hecho los pacientes son evaluados preoperatoriamente, si bien puede haber una segunda evaluación por parte de los anestesiólogos del área ambulatoria o del área central de evaluación preoperatoria. Así que en ese sentido hay una integración plena y no existe ningún tipo de colisión ni tampoco una política de solicitud anticipada de internaciones para observación injustificada.