

ORIGINAL

CARACTERIZACIÓN DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN UN HOSPITAL GENERAL BÁSICO

Bartolomé Fernández Torres (1), Cesáreo García Ortega (2), Carlos Márquez Espinós (1) e Isabel María Fontán Atalaya (3).

- (1) Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Punta de Europa.
(2) Gestoría de Usuarios. Hospital Punta de Europa.
(3) Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Punta de Europa.

RESUMEN

Fundamento: La cirugía ambulatoria surge y se desarrolla como consecuencia del aumento progresivo de la demanda y del gasto sanitario. Aunque ha permitido reducir el coste por proceso y mejorar la eficacia de los hospitales, manteniendo los niveles de satisfacción y seguridad del paciente, también ha obligado a cuestionar los indicadores de actividad habituales; esto nos ha llevado a evaluar la unidad de cirugía ambulatoria del hospital de Algeciras, de reciente creación, en base al sistema de pago habitual en otros países, los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).

Método: Estudio descriptivo sobre las 3.051 intervenciones quirúrgicas realizadas de forma programada durante 1997 (exceptuando la cirugía menor con anestesia local), utilizando como fuente de información el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria, obteniéndose y analizando los grupos relacionados de diagnóstico. Se han calculado las estancias evitadas en base a la estancia media de los pacientes ingresados por el mismo grupo relacionado de diagnóstico en el período de tiempo de estudio.

Resultados: La cirugía mayor ambulatoria permitió un porcentaje de sustitución global del 50,4% (33,3% de todos los pacientes intervenidos de forma reglada; 4,1% sobre el total de ingresos del hospital), lo que supuso un ahorro de 2.112 estancias hospitalarias. Los grupos relacionados de diagnóstico más frecuentes y con mayor impacto en estancias evitadas fueron los procedimientos quirúrgicos del cristalino y los legrados uterinos o conizaciones realizados por causa distinta a neoplasia maligna. La tasa de reingresos fue del 1,5%.

Conclusiones: El porcentaje de sustitución global obtenido por esta unidad de cirugía ambulatoria es considerado aceptable, si bien, debe incrementarse en los próximos años. Encontramos diferencias en la distribución de los procesos atendidos en relación a otras unidades de nuestro entorno, explicables por las dificultades que supone comenzar una cirugía de estas características.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria. Indicadores Sanitarios. Sistemas de información hospitalaria. Conjunto Mínimo Básico de Datos. Grupos Relacionados de Diagnóstico.

ABSTRACT

Characterization of Major Surgery Performed on an Outpatient Basis at a Basic General Hospital

Background: Outpatient surgery initially came into being and further developed as a result of the progressive increase in the demand and in hospital expenses. Although it has afforded the possibility of lowering the cost per procedure and of improving the efficiency of the hospitals by maintaining the degrees of patient satisfaction and safety, it has also made it necessary to question the customary activity indicators. This had led us to assess the outpatient surgery units of the recently-opened Algeciras Hospital based on the customary system of payment in other countries, the Related Diagnostic Groups (RDG's).

Methods: Descriptive study regarding 3,051 surgical procedures performed on a scheduled basis in 1997 (not including the minor surgery using a local anesthetic), using as a source of information the minimum basic set of data for hospital discharge, obtaining and analyzing the RDG's. The hospital stays avoided based on the average stay of those patients admitted for the same RDG within the time period under study have been calculated.

Results: Major surgery performed on an outpatient basis afforded the possibility of an overall replacement percentage of 50.4% (33.3% of all of the patients who underwent surgery on a scheduled basis, that is, 4.1% of all of this Hospital's admissions), which meant an savings of 2,112 hospital stays. The most frequent RDG's having the greatest impact on stays avoided were the surgical procedures performed on the crystalline lens and the scraping or conization procedures performed for reasons other than malignant neoplasia. The readmission rate was 1.5%.

Conclusions: The overall replacement rate obtained by this major outpatient surgery unit is considered to be acceptable, although it must increase within the next few years. We found differences in the spread of the processes dealt with as compared to other units in our environment, this being explainable due to the difficulties involved in starting up surgery of these characteristics.

Key words: Outpatient surgery. Indicators. Hospital data systems. Minimum basic set of data. Related Diagnostic Groups.

INTRODUCCIÓN

En 1909 James Nicoll, tras operar de forma ambulatoria a 9.000 pacientes pediátricos, sugirió el potencial de la cirugía sin ingreso; sin embargo, este nuevo concepto apenas tuvo repercusión en la práctica clínica de aquella época. La cirugía de corta estancia comenzó en los años cincuenta en Inglaterra, pero fue en Estados Unidos donde se inauguró la primera unidad de cirugía sin ingreso en 1960. A partir de finales de los setenta y principios de los ochenta se extendió extensamente en ese mismo país, al introducirse el sistema de pago prospectivo mediante los Grupos Relacionados de diagnóstico (GRD) ^{1,2}.

Los avances en las técnicas anestésicas —con el desarrollo de fármacos de menor duración de acción, mayor rapidez de eliminación y menos efectos secundarios—, la reducción de la agresividad quirúrgica, la mejora del soporte no hospitalario a los pacientes y un cambio de mentalidad de profesionales y pacientes, junto a la necesidad de aplicar políticas de contención de costes, han sido las bases fundamentales para el espectacular desarrollo de este tipo de asistencia ³, que no implica la incorporación de innovaciones tecnológicas ni la adopción de nuevas técnicas quirúrgicas ⁴.

Conocida con las denominaciones de cirugía ambulatoria, cirugía de día y cirugía sin ingreso, es definida como la práctica de un acto quirúrgico —indistintamente del tipo de anestesia— en el que, tras un período de observación, se remite al paciente a su domicilio el mismo día de la intervención ^{3,5-7}. Se subdivide en mayor, que incluye procedimientos de mediana complejidad realizados con anestesia locorregional o general, y menor, término reservado a procedimientos de escasa complejidad realizados bajo anestesia local ³. Tiene como objetivo básico y fundamental reducir el coste por proceso con las siguientes condiciones: no disminuir la calidad asistencial, no empeorar los resultados y mantener la aceptación

del paciente ⁵. Esto podría contribuir a la reducción de las listas de espera con importantes incrementos de la productividad y la eficiencia.

En España, desde hace unos años asistimos a un fuerte desarrollo, con importantes variaciones geográficas, de este tipo de cirugía. Un reciente estudio de la Comunidad Valenciana ⁵ indica que los profesionales del sistema sanitario público consideran factibles cifras de cirugía mayor ambulatoria (CMA) muy superiores a las realmente practicadas. Una posible explicación a la infrautilización de este tipo de cirugía podría encontrarse en el actual sistema de financiación hospitalaria, basado en presupuestos históricos (independientes del volumen de actividad realizada), que frena aquellos cambios que, aunque puedan incrementar la productividad y la eficiencia, implican mayores niveles de actividad (sin una mayor disponibilidad de recursos económicos), y un posible exceso de gasto sobre el presupuesto ^{1,5}. Otras explicaciones parciales incluirían los sistemas de incentivos que los hospitales puedan acordar con sus facultativos o la no disponibilidad de estructuras organizativas que permitan un uso más eficiente de los recursos disponibles ⁵.

Una reforma del sistema de financiación hospitalaria, en la que los presupuestos estén en relación con la actividad real —pagando por proceso y penalizando la hospitalización— junto a la separación efectiva de las funciones de financiación y producción, cambiará la perspectiva de los hospitales y provocará una mayor extensión de la cirugía sin ingreso ^{1,5}. Esta reforma de los sistemas de financiación, que ya ha comenzado en España, necesita contar con unos indicadores sustentados en la tipología de pacientes atendidos o *case mix*. En los Estados Unidos ⁸, en la Unión Europea ⁹ y en nuestro país ¹⁰, se ha definido el denominado conjunto mínimo básico de datos (CMBD), que permite caracterizar los episodios de hospitalización en función del diagnóstico del paciente y los procedimientos realizados. A

partir del CMBD se ha desarrollado un conjunto de sistemas de clasificación de pacientes, dentro de los cuales destacan los grupos relacionados con el diagnóstico (GDR), que clasifican a los episodios de hospitalización en grupos con significado clínico y consumo de recursos similar.

Los GRD son un sistema de clasificación creado por Fetter y colaboradores¹¹, adoptado en 1983 por la *Health Care Financing Administration* para el pago de las hospitalizaciones del *Medicare*, por lo que se ha convertido en el sistema más desarrollado y más evaluado, tanto en referencia a su capacidad de clasificación de pacientes en función del coste de los cuidados recibidos, como a su impacto e incentivos generados como mecanismo de pago en diversas agencias y programas estadounidenses y como instrumento de gestión en otros entornos¹²⁻¹⁶.

En un futuro próximo, los GRD serán, en España, un término utilizado habitualmente por los médicos hospitalarios, tanto por los facultativos dedicados a la gestión clínica como por los que trabajan exclusivamente en la asistencia. Los GRD serán utilizados para medir la actividad y para fijar objetivos en los servicios, en los programas de garantía de calidad, como mecanismo de pago, etc. Ello nos ha llevado a analizar la actividad de la unidad de cirugía ambulatoria (UCMA) del área sanitaria de Algeciras, en base a este sistema de clasificación.

El propósito de este trabajo es definir las características de la población atendida en la UCMA y estimar, mediante los GRD, el impacto que la creación de esta unidad ha tenido sobre la actividad quirúrgica, especialmente en lo que se refiere al porcentaje de sustitución y al número de estancias evitadas.

MATERIAL Y MÉTODO

El hospital de Algeciras, del Servicio Andaluz de Salud (SAS) es un hospital general básico que, con 328 camas, atiende a la

población del suroeste de la provincia de Cádiz (131.000 habitantes); el área de influencia comprende únicamente tres localidades muy cercanas al centro hospitalario. Cuenta desde principios del año 1997 con una unidad de cirugía sin ingreso de tipo integrada, que carece de quirófanos propios, por lo que realiza su actividad en 8 sesiones a la semana (de los 6 quirófanos con los que está dotado el hospital), no disponiendo de personal médico propio, con la excepción de un coordinador, miembro del servicio de Anestesiología y Reanimación. En este trabajo se estudió a los 3.051 pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el año 1997, no estando incluidas las intervenciones ambulatorias menores.

Definición de caso

Para la consideración de un paciente como susceptible de ser intervenido mediante CMA se utilizó la lista de procedimientos del contrato programa de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud de 1997¹⁷ (anexo I).

A partir de la información de la orden de ingreso en la Unidad de CMA —para los datos administrativos— y el informe clínico de alta de la misma y/o historia clínica —para los datos clínicos—, se cumplimentó el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMBDH), codificado mediante la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC)¹⁸. Con dicha información se obtuvieron y procesaron los GRD (versión AP-DRG 12.0) mediante los programas informáticos PC Grouper 95.3¹⁹ y Clinos²⁰. De cada paciente se tuvieron en cuenta datos referentes a edad, sexo, población de residencia, diagnóstico, intervención realizada, número de diagnósticos, fecha de intervención, servicio, GRD y si había reingresado a los 30 días del alta.

Se calculó el porcentaje de sustitución (cociente entre el número de pacientes operados mediante CMA y total de pacientes) y el nú-

mero de estancias evitadas (en función de la estancia media del GDR en el hospital).

Para el análisis estadístico se utilizaron las técnicas univariantes clásicas y la comparación de proporciones, empleándose los programas Epiinfo 6.02²¹ y CIA v1.0²².

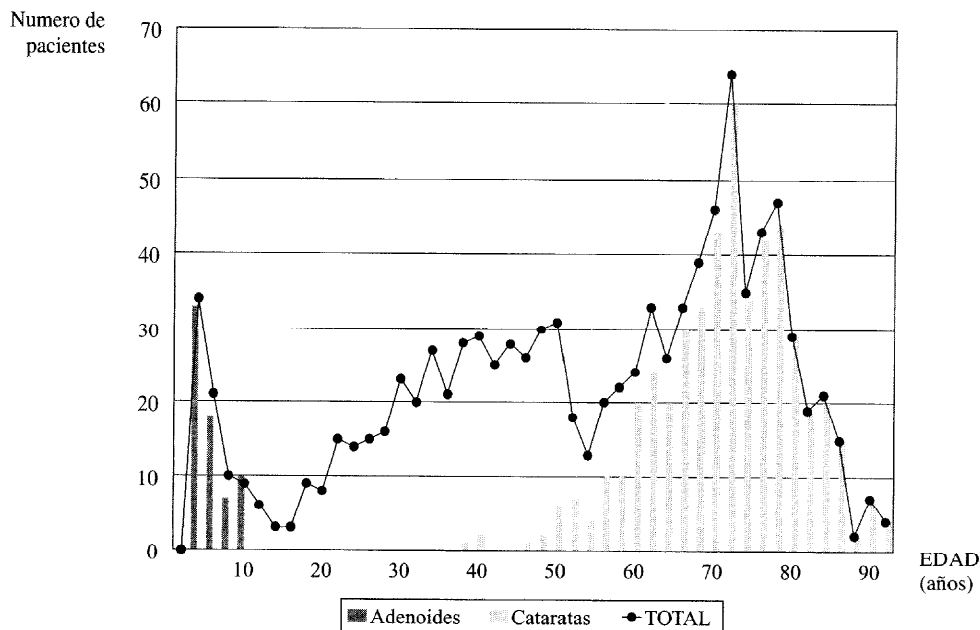
RESULTADOS

En el año 1997, hubo en el hospital 24.613 ingresos (que ocasionaron un total de 83.492 estancias) y se intervinieron de forma programada (exceptuando los casos de cirugía menor) 3.051 pacientes, de los cuales 2.016 eran candidatos potenciales para la CMA, al estar incluidos dichos procesos en el programa de CMA del Servicio Andaluz de Salud (SAS) de 1997¹⁷. Únicamente 1.016 pacientes se intervinieron a través de la unidad de cirugía sin ingreso, lo

cual supone un porcentaje de sustitución en estos procesos del 50,4%, si se consideran únicamente los procesos admitidos para este tipo de cirugía en nuestro hospital, un 33,3 % de todos los pacientes intervenidos de forma reglada y un 4,1% sobre el total de ingresos en el hospital.

La actividad de la UCMA, valorada por el número de procesos realizados y por el porcentaje de sustitución, fue aumentado progresivamente a lo largo del año; paralelamente, se observó un esperado y progresivo descenso en el número de intervenciones en el resto de quirófanos. Se observa una importante variabilidad de actividad intermensual (especialmente intensa en períodos vacacionales), requiriéndose un período de tiempo mayor para poder evaluar adecuadamente el impacto de la UCMA sobre la actividad quirúrgica programada.

Figura 1
Distribución de edad de los pacientes intervenidos en CMA



La edad media de los pacientes fue de 52.5 años, con un intervalo de confianza del 95% (IC_{95%}) de 51,1-53,9; como puede observarse en la figura 1, que muestra la distribución por edad de las personas intervenidas, existen dos picos reseñables en las edades extremas, que corresponden a las cataratas (con una edad media de 70.9 años, IC_{95%}:70,1-71,8) y a las adenoidectomías (5.4 años, IC_{95%}:4.9-6.0). Obviando estos diagnósticos, se produce una aglomeración del resto de los pacientes entre los 30 y los 50 años, con una edad media de 39.7 años (IC_{95%}:38,5-41,1).

Dentro del grupo de las personas intervenidas mediante CMA, existen diferencias significativas (p<0,01) respecto al sexo, con un claro predominio de las mujeres (63.5%) sobre los hombres (36.4%), atribuible a las intervenciones ginecológicas (273 pacientes).

El perfil de los pacientes que se intervienen en CMA en función de la población de residencia (analizado mediante el test de la Chi²) no difiere del resto de los pacientes que ingresan en el hospital por cualquier otro motivo.

El servicio que más intervenciones realizó en la UCMA fue oftalmología (489), seguido de ginecología (249), cirugía general (101), otorrinolaringología (89), urología (45) y traumatología (43).

Los GRD más frecuentes han sido los procedimientos quirúrgicos del cristalino (489), legrado o conización excepto para neoplasia maligna (174) y las amigdalectomías o adenoidectomías en pacientes menores de 18 años (70). El porcentaje de sustitución global fue del 50.4, alcanzándose los máximos con los procedimientos quirúrgicos del cristalino (93.68%), liberación del túnel carpiano (75%), biopsia de mama excepto en neoplasia maligna ya diagnosticada (75%) y legrado o conización excepto por neoplasia maligna (70.73%). Las intervenciones realizadas produjeron un ahorro de 2.112 estancias (2.5% de las estancias totales del hospital en 1997). El proceso que más estancias evitó fue el legrado y/o conización (505 días), seguido de los procedimientos quirúrgicos del cristalino (489), extracción de material de osteosíntesis (200) y amigdalectomías o adenoidectomías en pacientes menores de 18 años (140) (tabla 1).

Tabla 1

GRD, Porcentaje de sustitución y estancias evitadas

GRD	Descripción	Número	Porcentaje de sustitución	E.M. Ingresos *	Estancias evitadas
039	PQ CRISTALINO	489	93,68	1,0	489
364	LEGRADO/CONIZACIÓN	174	70,73	2,9	505
060	AMIGDALECT/ADENOIDECT, < 18 AÑOS	70	40,70	2,0	140
262	BIOPSIA/ESCISIÓN MAMA, BENIGNA	36	75,00	2,1	76
381	ABORTO CON LEGRADO	32	21,77	2,5	80
362	INTERRUPCIÓN TUBARICA (ENDOSCOPIA)	31	39,74	2,1	65
267	PQ PERIANALES/PILONIDALES	21	60,00	1,4	29
	OTROS **	163			728
	TOTAL	1.061	50,4		2.112

PQ: procedimientos quirúrgicos; Amigdalect.: amigdalectomía; Adenoidect.: adenoidectomía.

EM ingresos: estancia media de los pacientes ingresados por mismo GRD en el mismo período.

OTROS: resto de los GRD (número total 25). Los cálculos de estancias evitadas han sido realizados de forma independiente para cada GRD.

Dentro de los procedimientos quirúrgicos susceptibles de CMA e intervenidos bajo cirugía con estancia hospitalaria, des-

tañan los GRD 059 y 060 (amigdalectomía y/o adenoidectomía —117—), GRD 381 (legrado por aborto —115 intervencio-

nes—) y GRD 160 y 162 (herniorrafias —93—).

El porcentaje de reingresos fue del 1,5, alcanzándose el máximo en el DRG amigdalectomías o adenoidectomías en pacientes mayores de 18 años (ingresó el único paciente a los que se realizó una amigdalectomía). Le siguen en frecuencia de reingresos las herniorrafias inguinales/femorales (18.2%) y la circuncisión en menores de 18 años (14.3%).

DISCUSIÓN

Partiendo de una teoría que enfatiza que todas las especialidades quirúrgicas pueden verse beneficiadas de la CMA y que la misma puede ser practicada en cualquier hospital, sea cual fuera su nivel ⁶, y aunque desde hace varios años se viene realizando en nuestro hospital cirugía de corta estancia —algo que puede realizar cualquier servicio con sólo proponérselo ²³—, a principios de 1997 se creó una UCMA en el hospital de Algeciras. Por motivos presupuestarios y estructurales, esta UCMA no es independiente sino integrada y sin programa de hospitalización domiciliaria; esta opción, que no es ni mucho menos la ideal ^{2,6}, ha permitido poner en marcha este programa con un menor coste. Como consecuencia de problemas organizativos y presupuestarios y del escepticismo inicial acerca de las posibilidades de una UCMA integrada, la instauración ha sido progresiva y ello ha motivado que algunos servicios no se hayan incorporado a este sistema hasta mediados del año. Estas circunstancias, unidas a las lógicas dificultades de todo sistema que se pone en marcha, han motivado que los resultados en este primer año, si bien los consideramos manifiestamente mejorables ²⁴, son interesantes, ya que superan el 50% de sustitución con un bajo porcentaje de reingresos.

Al igual que la mayoría de las UCMA, la intervención que presenta un mayor número de casos son las cataratas ²⁴⁻²⁶; el alto por-

centaje de sustitución existente, superior al realizado en otras unidades o propuesto por diversos autores ²⁴⁻²⁹, puede encontrarse no sólo en el hecho de ser una técnica quirúrgica que ya se venía realizando desde hace varios años en nuestro centro, sino también en la escasa distancia existente entre los núcleos de población dependientes y el centro hospitalario, así como el amplio uso de anestesia tópica (la progresiva implantación de esta técnica supone una menor incidencia de complicaciones). No obstante, este porcentaje de sustitución, obtenido sin mediar incentivos económicos (lo que elimina este factor como responsable principal de estos resultados), podría indicar la necesidad de revisar nuestros criterios sociales de exclusión ¹ ya que posiblemente se esté infravalorando el entorno de estos pacientes (ancianos con pluripatología, escaso apoyo familiar, pérdida de facultades físicas y/o psíquicas,...). Asimismo, de acuerdo con los oftalmólogos, consideramos inviable superar este índice en los próximos años.

En el resto de procedimientos quirúrgicos, la distribución de procesos no coincide exactamente con los perfiles habituales de otras UCMA ²⁴⁻²⁶, destacando el servicio de ginecología, por su elevado número de legrados realizados de forma ambulatoria; en dicho servicio, la UCMA contó con una gran aceptación desde el principio, con revisión de numerosos protocolos medico-quirúrgicos y la instauración de nuevos procedimientos diagnóstico-terapéuticos (como histeroscopia con legrado-biopsia), lo que puede explicar el alto porcentaje de sustitución en algunos procedimientos, como el legrado uterino. A diferencia de ginecología, los servicios de cirugía y traumatología fueron inicialmente reacios a este tipo de cirugía, lo que supuso una incorporación tardía y una actividad (medida en porcentaje de sustitución) muy inferior a la bibliografía consultada; tras comprobar el funcionamiento y beneficios de la CMA, cirujanos y traumatólogos modificaron su actitud, produciéndose desde entonces un importante aumento en el número de herniorrafias y artroscopias que, de

mantenerse, supondrá un acercamiento a la actividad de otras UCMA en estos procesos.

En el trabajo se analizó la variable localidad de residencia, ya que se pensaba que la accesibilidad geográfica podría influir en los pacientes seleccionados para ser intervenidos en la UCMA. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el perfil de los pacientes atendidos en el hospital, lo que atribuimos a que el mismo se encuentra en el centro geográfico del área de influencia y a que las poblaciones de él dependientes están a muy poca distancia (menos de 20 kilómetros).

Si bien la mayor parte de la bibliografía afirma la potencialidad de la UCMA para disminuir las listas de espera quirúrgicas, en el presente trabajo no se ha analizado este factor ya que, en nuestro caso, intervienen en ella múltiples factores (incremento de los recursos humanos del área quirúrgica, depuraciones de la lista de espera, traslado a centros concertados...), lo que, unido al diseño descriptivo del presente trabajo, imposibilita una correcta cuantificación del impacto de la UCMA sobre la lista de espera.

La cartera de servicios (listado de procedimientos) y el nivel de complejidad de los procesos de los pacientes (criterios de inclusión y exclusión) iniciales han sido restrictivos; los pacientes seleccionados han sido clasificados por el anestesiólogo como enfermos de bajo riesgo quirúrgico. La evolución de las primeras personas intervenidas ha influido notablemente en el desarrollo posterior de la actividad, incrementando la misma —como en el caso ya comentado de las herniorrafias o artroscopias—, o bien limitándola —como ocurrió en el único caso de amigdalectomía realizada que reingresó por hemorragia postoperatoria y que ha frenado la realización de estas intervenciones en la UCMA—. La experiencia permitirá aumentar progresivamente el número de enfermos y tipo de afecciones que pueden beneficiarse de estas técnicas. Asimismo,

consideramos que el listado de procedimientos susceptibles de ser realizados (y pagados) como CMA de los contratos programa del SAS se ampliará de forma notable en los próximos años, puesto que ya se están realizando, en otros hospitales, intervenciones cada vez más complejas (colecistectomía laparoscópica, histerectomía vaginal, extirpación de nódulos tiroideos, septoplastia, estrabismo,...) ^{5,28,30-32}. Todo ello redundará en un aumento del índice de sustitución y del impacto en las estancias evitadas, indicadores de la eficacia de este tipo de cirugía.

El hospital de Algeciras posee un sistema de contabilidad analítica muy rudimentario que no permite evaluar el impacto económico provocado por la actividad de la UCMA, aunque el número de estancias evitadas muestra que, posiblemente, exista una reducción de costes. Sin embargo, teniendo en cuenta que las camas que se han dejado libres no se han eliminado, sino que se han utilizado para pacientes agudos más complejos y con mayor consumo de recursos, hay que pensar que el gasto global no ha disminuido, sino que ha aumentado ^{3,5}. La cirugía ambulatoria no ha supuesto entonces un sistema de ahorro sino, únicamente, una redefinición de los recursos del hospital que podría haber mejorado el rendimiento, al conseguir que los pacientes que quedan ingresados sean los que precisan realmente del ingreso en un centro asistencial complejo ³.

La financiación de la mayoría de los hospitales del sistema sanitario público, cuyo presupuesto se basa en actualizaciones de un presupuesto histórico, supone una limitación importante para el desarrollo de la CMA. Sin embargo, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, el contrato programa intenta impulsar la expansión de la CMA, contemplando su financiación de forma independiente al resto de la actividad quirúrgica y estableciendo objetivos específicos a la dirección de cada centro ³³. No obstante, los incentivos a los profesionales sanitarios, muy limitados

aún, suponen un importante freno a la misma.

La imposibilidad de medir la actividad de la CMA por los indicadores clínicos utilizados habitualmente (número de intervenciones, estancia pre y postoperatoria, tasa de infecciones hospitalarias, mortalidad intra-postoperatoria), junto a la conveniencia de una política de incentivos, nos hacen pensar que los GRD deben erigirse en el principal factor de medición de actividad y financiación de la misma⁵. La implantación de unidades de cirugía ambulatoria independientes extrahospitalarias, como forma ideal de organización de este tipo de actividad¹, con capacidad de autogestión que incluya la contratación con la dirección del hospital de una actividad y su financiación, podría suponer un importante estímulo al desarrollo de estas técnicas. Ello obligará a que los facultativos se acostumbren al empleo de los GRD como medida de la producción (y pago) así como a comparaciones con diversos estándares, entre los que destacan las comparaciones con su histórico (ejemplo, impacto de estancias realizadas en el presente trabajo) y/o los formados a partir de grandes bases de datos (ejemplo, todos los hospitales de una comunidad autónoma o un país).

En resumen, consideramos que la actividad de la UCMA en el hospital de Algeciras, a pesar de estar por debajo de sus posibilidades teóricas, probablemente ha sido económicamente rentable al mejorar la eficiencia del recurso cama, si bien se necesitarán estudios específicos para confirmarlo. Asimismo, ha provocado que, indirectamente, se replanteen numerosos protocolos quirúrgicos —algunos de los cuales no existían hasta este momento—, y, posiblemente, haya mejorado la calidad asistencial, si bien no disponemos aún de datos para poder corroborarlo. Consideramos imprescindible evaluar de forma sistemática toda nueva actividad que se desarrolle en el hospital, si bien son necesarios estudios continuados que analicen el ver-

dadero impacto económico de esta actividad, así como establecer indicadores de calidad de la misma.

Para valorar adecuadamente los resultados del estudio se deben tener en cuenta las siguientes limitaciones. En primer lugar cabe mencionar que las estimaciones obtenidas sobre el impacto pueden verse afectadas por la existencia de procedimientos que ya se realizaban ambulatoriamente y que se deberían tener en cuenta al aplicar los porcentajes de sustitución²⁵. En segundo lugar, los grupos comparados —CMA y cirugía con ingreso— no son idénticos, puesto que los pacientes más complejos son tratados mediante cirugía convencional; al utilizar la estancia media del GRD de los pacientes ingresados para el cálculo de las estancias evitadas, podríamos estar sobredimensionando esta última. En tercer lugar, los GRD, al ser agrupaciones de patologías y procedimientos que no necesariamente coinciden con los procesos realizados en CMA, pueden suponer una infravaloración del porcentaje de sustitución. Además, al utilizar el CMBD como fuente de información, no conocemos exactamente el número de complicaciones menores que habitualmente no son recogidas³⁴ que pudieran haber ocurrido en ambos grupos sino únicamente el número de ingresos. También carecemos de información sobre los pacientes que, como consecuencia de complicaciones intra o postoperatorias, no pueden ser remitidos a su domicilio el mismo día de la intervención y que se ven por tanto obligados a ingresar en el centro, ya que no se incluyen como cirugía ambulatoria, sino como hospitalización clásica en el CMBD. A pesar de las ventajas de expresar la actividad hospitalaria mediante GRD, estos no fueron diseñados para medir actividad ambulatoria (su principal variable predictora son las estancias) y no han sido calibrados en nuestro país para medir la CMA, por lo que pueden constituir una hipotética fuente de error que merece la pena investigar con grandes bases de datos. Finalmente, la evaluación de una unidad de reciente creación

puede suponer una infravaloración de su capacidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castells X. Beneficios e incertidumbres de la cirugía ambulatoria. ¿Disponemos de suficientes evidencias?. *Gac Sanit* 1998; 12: 97-99.
2. Alonso P, Pupato S, Rodríguez JM, Rodríguez P, Fernández J, Bonilla E. Impacto de la cirugía de corta estancia en un hospital de agudos. *Todo Hosp* 1994; 110: 33-39.
3. Colomer J. Cirugía ambulatoria. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Genó J, directores. *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson; 1997. p. 363-371.
4. Parrilla P, Pellicer E. Cirugía mayor ambulatoria: ¿una alternativa a la cirugía tradicional?. *Med Clin (Barc)*; 100 (Supl 1): 40-41.
5. Grau N, Meneu R, Peiró S, Librero J, Ordiñana R. Hospitalizaciones evitables por cirugía sin ingreso en la Comunidad Valenciana: un estudio Delphi. *Rev Esp Salud Publica* 1997; 71: 343-356.
6. Sánchez JA. Implantación de un programa de cirugía sin ingreso. *Desarrollo y evaluación del mismo*. *Todo Hosp* 1993; 98: 33-39.
7. Sevilla F, Fernández C. *Cirugía Mayor Ambulatoria: Guía de Organización y Funcionamiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.
8. National Center for Health Statistics. Uniform hospital discharge data. Minimum basic data set. Report of the National Committee on Vital and Health Sciences. DHEW Publication No (PHS) 80-1157. Hyattsville, MD: Public Health Service; 1980.
9. Roger FH. Hospital information system in Europe: trends, towards uniformity in patient record summaries. En: Casas M, Wiley MM, directores. *Diagnosis related groups in Europe*. Berlin: Springer Verlag; 1993. p. 3-16.
10. Secretaría General del SNS. Conjunto mínimo básico de datos: definiciones. Anexo I a la resolución de 24 de enero de 1992 dirigida a los hospitales del Insalud-GD. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.
11. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by Diagnosis Related Groups. *Med Care* 1980; 18 (Supl): 1-53.
12. Casas M. Clasificación de pacientes y producción hospitalaria: Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). En: *Los Grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización*. Barcelona: Masson SA y SG editores; 1991. p. 23-43.
13. Bisbe J. Modelos de costes y bases de datos: opciones para el cálculo del consumo de recursos por GRD. En M. Casas editor. *Los Grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización*. Barcelona: Masson S.A. y SG editores; 1991. p. 205-219.
14. Korda H. Utilization review for Medicaid diagnosis-related-group system: practice, innovation and lesson of experience. *Am J Med Qual*. 1994; 9: 54-67.
15. Casas M. GRD. Una guía práctica para médicos. Barcelona: Iassist; 1995.
16. Diez A, Tomás R, Varela J, Casas M, González-Macías J. La Medicina Interna en un grupo de 52 hospitales Españoles. Análisis de casuística y eficiencia. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 361-367.
17. Servicio Andaluz de Salud. *Contrato programa 1997*. Sevilla: Consejería de Salud; 1996.
18. *Clasificación Internacional de Enfermedades. 9.ª Revisión, Modificación Clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994.
19. PC Grouper 95.3s (International) on IBM-PC under MS-DOS. 3MTM (programa de ordenador) Patient Classification System; 1996.
20. CLINOS v 3.0 (programa de ordenador) IASIST SA; 1995.
21. Epi Info v 6.02 (programa de ordenador) Geneva: Center For Disease Control and Prevention, USA and World Health Organization; 1994.
22. Confidence Interval Analysis v 1.0. (programa de ordenador) Martín J Gardner. BMJ; 1989.
23. Sierra E. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Expectativas, realidad actual y posibilidades. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 92-94.
24. Collado E, Beneyto F, Escoms V. Cirugía sin ingreso: Estancias y costes evitables. *Todo Hosp* 1995; 122: 19-23.
25. Espinàs JA, Borrás JM, Colomer J, Ramón C, Varela J. Estimación del impacto potencial de la cirugía ambulatoria en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 81-84.
26. Conjunto mínimo básico de datos de cirugía mayor ambulatoria. Andalucía, primer semestre de 1997. Sevilla: Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio Andaluz de Salud; 1998.

27. Grainger C, Griffiths R. Day surgery - How much is possible? A Delphi consensus among surgeons. *Public Health* 1994; 108: 257-266.
28. Colomer J, Ramón C, Varela J, Borràs JM. La cirugía ambulatoria en España: un estudio delphi. *Gac Sanit* 1996; 10: 238-243.
29. Portillo I, Mendicuti J, Eder F, Ostolaza JJ, Salaberria M. Diseño de criterios e indicadores de calidad en procesos clave: cataratas. *Rev Calidad Asistencial* 1996; 12:7-15.
30. Sáez de Eguilaz JL. Selección de pacientes y patologías. XXIII Congreso de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Libro de ponencias. Barcelona: Doyma; 1997. p. 26-27.
31. Larrañaga E, Martín Pérez E, González E, Galvan A, Doblado B, Serrano PA. Cirugía ambulatoria del tiroides. *Cirugía Mayor Ambulatoria* 1998; 3: 31-35.
32. Sola ME, Bermuz A, Lázaro JJ, Bosch X, Cáncer L, Serra M. Cirugía ambulatoria pediátrica: una nueva oferta sanitaria rentable y ¿además satisfactoria?. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13: 6-12.
33. Servicio Andaluz de Salud. Contrato programa 1998. Sevilla: Consejería de Salud; 1998.
34. Gilabert A, Perez López JJ, Almela V, Company V. Calidad de datos y grupos relacionados con el diagnóstico. *Rev Calidad Asistencial* 1995; 5: 287-293.

ANEXO 1

Procesos de CMA. incluidos en el programa contrato del SAS. de 1997

Cirugía General

Hernias:

— de la pared abdominal uni o bilaterales, con o sin recurrencia

— femorales uni o bilaterales, con o sin recurrencia

— umbilicales

— ventrales (eventraciones)

Varices de miembros inferiores:

— ligadura y extirpación

— inyección de agente esclerosante

Tumores benignos de mama

Quiste pilonidal

Fisura anal

Fístula anal

Traumatología

Hallux valgus y otras anomalías congénitas de los dedos de los pies

Enfermedad de Dupuytren

Síndrome del túnel carpiano

Ganglión y quiste de sinovia, tendón y bolsa

Extracción de material de osteosíntesis

Artroscopia

ORL

Hipertrofia u otra enfermedad crónica de amígdalas o adenoides

Nódulos y pólipos de cuerdas vocales

Ginecología

Bloqueo tubárico

Legrado uterino

Urología

Vasectomía

Fimosis en edad pediátrica (patológica o sin indicación médica)

Oftalmología

Cataratas

Cirugía vascular

Acceso vascular para hemodiálisis