



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-281 - CONSECUENCIAS DE LA CRISIS EN LOS RESULTADOS DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y CORTA ESTANCIA

Turiño-Luque, Jesús Damián¹; Cabañó Muñoz, Daniel¹; Rivas Becerra, José¹; Romacho López, Laura²; Mirón Fernández, Irene²; Cabello Burgos, Antonio¹; Martínez Ferriz, Abelardo¹; Santoyo Santoyo, Julio²

¹UGC Cirugía General y Aparato Digestivo. Sección de Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia; ²UGC Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Resumen

Introducción: Desde su instauración en la década de los noventa, la cirugía mayor ambulatoria se ha constatado como una forma coste-efectiva para el manejo de ciertas patologías quirúrgicas en pacientes con condiciones favorables. Sin embargo dada la situación económica vivida en España en los últimos años ha repercutido en la menor contratación de personal en todos los estamentos sanitarios y con contratos a jornada parcial de éstos, con la consiguiente sobrecarga de trabajo. En 2012 los presupuestos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad disminuyeron un 13,7% respecto al ejercicio anterior. Ha provocado un descenso en las retribuciones de los profesionales sanitarios y la supuesta aparición del temido síndrome de *burnout*.

Objetivos: Conocer el impacto de la crisis económica en dicha actividad asistencial. Conocer el tipo de patología intervenida y el régimen de la misma en nuestra CMA.

Métodos: Análisis retrospectivo de las programaciones quirúrgicas del 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2015 y revisión de las mismas mediante el soporte informático de nuestro centro (AQUA, DAH), así como los resultados facilitados por el propio centro del RDQ. Se registraron: actividad consulta, motivo inclusión LEQ, tipo de intervención y régimen (cirugía menor, cirugía mayor ambulatoria, ingreso). Para el registro y análisis se empleó el programa SPSS 15.0.

Resultados: Durante el año 2011 se realizaron 12.770 visitas en consulta (1ª visita, sucesivas o revisiones) que han descendido hasta 10.406 del año 2015 (-18,52%). Dicho descenso ha sido del 28,14% en consultas sucesivas o revisión (5.814 vs 4.178 respectivamente). Desde el pico de pacientes intervenidos en 2012 (n = 1.236), consecuencia de un plan de choque para disminuir la LEQ, este número ha descendido hasta los 997 del año 2015 (-19,34%), en consonancia con el descenso del número de partes quirúrgicos disponibles (359 vs 272 respectivamente, -24,24%). Pese a ello, la media de pacientes intervenidos por sesión ha mejorado del 3,44 del año 2012 al 3,67 del 2015. Excluyendo la cirugía menor, los pacientes intervenidos por patología se distribuyen: pared abdominal 55 al 60%; proctología del 20-25%; patología laparoscópica un 20% habiendo experimentado esta última un descenso en los últimos años. De los pacientes programados en 2015 en CMA el 87% de la proctología, el 81,7% de la pared abdominal y el 65,8% de la patología laparoscópica se resuelven en dicho régimen.

Conclusiones: Pese a los “recortes” hemos mejorado la actividad asistencial mediante la optimización de los recursos disponibles. La asistencia a pacientes y nuestros resultados no se han visto empañados por el *burnout*. La principal patología atendida está relacionada con la pared abdominal (alrededor del 60%). El índice de resolución de los pacientes intervenidos en régimen de CMA es superior al 80% en proctología y pared abdominal y del 65% en patología laparoscópica.