



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

OR-216 - GESTIÓN DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA CON ALTA PRECOZ EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ESPAÑA

Sánchez Díaz, Alba María; Rodríguez Silva, Cristina; Cabello Burgos, Antonio Jesús; Rivas Becerra, José; Cruz Muñoz, Adolfo; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La tendencia creciente de los procedimientos de cirugía ambulatoria ha cambiado profundamente la gestión de la hospitalización de los pacientes. A pesar del auge de la cirugía ambulatoria en las últimas décadas como modelo coste-efectivo, en diversas situaciones en hospitales de tercer nivel y unidades integradas parece invertirse la curva cirugía ambulatoria-cirugía con ingreso, todo ello relacionado con la superespecialización.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo desarrollado entre los años 2015 a 2021 en una unidad de Cirugía General de alta precoz (UCAP) de tipo II en un hospital de tercer nivel. Nuestra actividad se centra en 4 patologías fundamentales: pared abdominal, proctología, colestitis y piel y partes blandas (con anestesia general).

Resultados: Se han intervenido un total de 5,814 pacientes, cabe destacar que el 68,2% de patologías que se valoran en consulta se intervienen en centros concertados con el sistema de salud público, por lo que solo el 37,4% se intervienen en nuestro centro, predominando la proctología (fundamentalmente hemorroides y fistulas complejas) y las eventraciones complejas. La distribución por sexo es del 55% masculino, siendo la edad media de 51 años. En relación al riesgo anestésico, ASA I (25%), ASA II (63%) y ASA III (12%). En la distribución por patología, predomina la pared abdominal seguido en frecuencia de la proctología (31%), colestitis (14%) y piel y partes blandas (4%). Se identifica una mejoría progresiva a lo largo de los años de diversos indicadores de calidad como es el caso de la tasa de suspensión quirúrgica (7,29% en 2015 vs. 4,25% en 2021). Analizando la tasa de ambulatorización por proceso, existe una optimización en relación a la proctología (75,79% 2015 vs. 88,08% en 2021), pared abdominal (61,43% en 2015 vs. 62,05% en 2021) y colestitis (47,68% en 2015 vs. 66,67% en 2021). La distribución por régimen de estancia muestra una disminución progresiva del régimen de hospital de día más acusado.

Por otro lado, identificamos un desarrollo progresivo asociado a la curva de aprendizaje en el abordaje laparoscópico de la pared abdominal (1,35% en 2015 vs. 19,29% en 2021). En relación a la tasa de pernocta no planificada existe una mejoría global en todos los procesos, siendo la tasa global en 2015 14,81 vs. 7,16% en 2021. Con respecto a la tasa de consultas en Urgencias (los primeros 30 días), ha permanecido estable (12,50% - 14,10%). La tasa de reingreso y de reintervención se han mantenido invariables dentro de los estándares de calidad. Las tasas de morbilidad por procesos se

han mantenido dentro de los rangos.

Conclusiones: Dada la variabilidad y heterogeneidad entre las distintas unidades de cirugía de alta precoz existentes dentro de nuestro sistema sanitario público, se hace compleja la comparativa de resultados, debido a su idiosincrasia. A pesar de mantenerse dentro de los estándares de calidad, existe una inversión en la proporción de cirugía ambulatoria- cirugía con ingreso en determinadas unidades integradas dentro de hospitales de tercer nivel, produciéndose el efecto de superespecialización.