

Planificación de una unidad de cirugía del día

Dras. Gilda Verónica Chirigliano , María Cristina Noceti†*

Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU)

Resumen

Se presenta la planificación para la puesta en marcha de la unidad de cirugía del día (UCD) del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) de Montevideo, ubicada en el Sanatorio 1, hospital de 107 camas de internación. El mismo forma parte de una red de hospitales de CASMU con un total de 462 camas. No existían en ese momento en el medio, a saber, unidades de atención organizadas con esta modalidad.

El propósito de la UCD es la aplicación de una modalidad ambulatoria de prestación de asistencia quirúrgica procurando condiciones de buena calidad de atención y la reducción radical de los costos asistenciales por intermedio de la disminución de la internación hospitalaria. El objetivo es la instalación de una nueva área de atención de día y la modificación de la organización y funcionamiento correspondiente del block operatorio existente para el trabajo con operaciones seleccionadas de cirugía general y otras especialidades.

En la metodología de planificación general se presentan los indicadores hospitalarios y de uso de block quirúrgico y camas de internación y se realizan proyecciones en base al logro de la introducción de esta nueva forma de atención quirúrgica. El plan operativo se analiza en sus diferentes componentes (estratégicos, de organización, flujograma de actividades, recursos utilizados, evaluación^a, etcétera). Esta metodología de planificación implica un cambio sustancial en la gestión de los servicios hospitalarios quirúrgicos y muestra resultados de un impacto sumamente satisfactorio sobre toda la actividad quirúrgica institucional en términos de costo-efectividad, calidad y satisfacción del paciente. En esta experiencia nacional se visualizan, además, las posibilidades futuras de desarrollo del modelo acorde a las enfermedades a abordar y a las técnicas elegibles.

Palabras clave: *PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS.
ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.*

* Especialista en Salud Pública. Director Adjunto de CASMU. Médico de División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública.

† Especialista en Salud Pública. Director Asistente de CASMU. Médico de la Dirección de Asuntos Internacionales del Ministerio de Salud Pública.

Correspondencia: Dra. Gilda Verónica Chirigliano

Dirección: Asilo 3336. Montevideo, Uruguay.

E-mail: tihista@adinet.com.uy

Recibido: 3/1003.

Aceptado: 20/2/04.

a. La evaluación y el análisis de costo-efectividad de la UCD del CASMU se estudia en otro trabajo de los mismos autores⁽¹⁾.

Introducción

El Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), institución de asistencia médica colectiva, es un seguro de prepago de Montevideo, Uruguay. Contaba en el período 1996-1999, en el que se planificó la unidad de cirugía del día (UCD), con unos 265.000 afiliados. Tiene 462 camas de internación ubicadas en cuatro hospitales: los sanatorios 1 y 2, destinados fundamentalmente a la labor médico-quirúrgica, el Sanatorio 3 a la atención materno-infantil y el Sanatorio 4 a los cuidados médicos especiales e intensivos. En 1996, los egresos quirúrgicos fueron unos 55/1.000 afiliados mayores de 15 años (tabla 1). Al ejercicio 1996-1997 la institución poseía un promedio de estadía de cinco días. La UCD del CASMU se planificó a partir del ejercicio 1995-1996 y comenzó a funcionar desde comienzos de julio de 1997, momento en que se logra desarrollar una nueva modalidad de organización de los servicios quirúrgicos⁽¹⁾.

Esta modalidad de trabajo quirúrgico viene siendo practicada internacionalmente desde hace años bajo el nombre de cirugía ambulatoria o cirugía del día como forma de asegurar buena calidad de atención quirúrgica y abatir costos asistenciales derivados del menor uso del recurso cama de internación. Constituye una de las nuevas formas de atención que se registran en los sistemas de salud en las últimas décadas junto con la cirugía del día, la internación domiciliaria y el hospital del día oncológico.

Se definió como cirugía del día la que se realiza en partes blandas y paredes abdominales, sin penetrar en cavidades celómicas (por ejemplo: cavidad peritoneal), y en la que se puede otorgar el alta dentro de las 24 horas de realizada sin utilizar camas de internación*. Incluye procedimientos de cirugía menor, intermedia y de mayor complejidad, realizados con anestesia local o general. De las especialidades seleccionadas en esta experiencia mencionamos como ejemplos de intervenciones elegibles: hernias, várices, tumores de partes blandas (cirugía general); en urología: fimosis, resecciones transuretrales de próstata y numerosos procedimientos oftalmológicos y de cirugía plástica.

Actualmente y acorde con experiencias publicadas, se están realizando bajo este régimen intervenciones laparoscópicas que, como veremos más adelante, ya superan la definición adoptada en la experiencia que describimos, lo que muestra el rápido y progresivo avance del modelo.

* Gilardoni F. y colaboradores. Informe sobre realización de la cirugía ambulatoria en el CASMU. Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, Comisión de Cirugía Ambulatoria; 1990.

† Noceti MC, Masliah R, Irigaray A, Chirigliano G, Rosasco C, Fernández N, e integrantes de la Comisión de Cirugía Ambulatoria. Memorandum a médicos cirujanos del CASMU. Centro de Asisten-

Tabla 1. Indicadores hospitalarios del Sistema Nacional de Información. CASMU. Año 1996	
<i>CASMU año 1996*</i>	<i>Tercer trimestre</i>
Egresos hospitalarios/1.000 afiliados	119,48
Medicina	37,75
Cirugía	55,73
Ginecotocología	50,19
Pediatría	118,79
Días hospitalización	636,36
Estadía promedio	5,33
Medicina	8,51
Cirugía	5,19
Ginecotocología	2,75
Pediatría	3,39
Egresos CTI/1.000 afiliados	11,66
Cirugía alta	1,9
Cirugía mayor	13,59
Cirugía corriente	52,24

Fuente: Sistema Nacional de Información sobre IAMC (SINADI). Ministerio de Salud Pública

Este plan se enmarca dentro de las tendencias internacionales recientes de planificación de los servicios de salud en base a dos líneas fundamentales: el aumento de los servicios de hospital de día y la reducción de camas de internación en hospital de agudos⁽²⁾, aunque existen pocos trabajos de investigación en esta área⁽³⁾.

El Sanatorio 1 atendía hasta ese momento la mayor parte de la cirugía de menor y mediana complejidad de la institución, por lo cual concentraba un considerable volumen de actividad quirúrgica que era posible realizar en forma ambulatoria, pero, además, a través de la creación de la UCD se planteó modificar la actividad quirúrgica global de la institución que se realizaba también en otros sanatorios.

La disminución del número de camas de internación y de los costos sanatoriales constituía en ese momento una clara necesidad institucional, lo que constituyó un factor determinante para la prosecución del proyecto, generado a iniciativa de la Dirección en el área del Sanatorio 1 y con el apoyo de una comisión de cirugía ambulatoria institucional.

Ya existían antecedentes de varios años en la institución y en el medio^{†,§,‡} de propuestas técnicas tendentes a

cia del Sindicato Médico del Uruguay; mayo 1997.

§ Romay R, Chirigliano G, Harreche M, Trochansky J, Wetstein J, Romano R, y colaboradores. Informe de Comisión sobre Anteproyecto de remodelación del primer piso de Sanatorio 1 del CASMU. Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay; 1995.

‡ Harreche M. Plan de Cirugía Ambulatoria a nivel del Hospital Maciel del Ministerio de Salud Pública, Uruguay; 1995.

la implantación de este modelo.

Esta forma de aplicación de la técnica quirúrgica se propuso en Inglaterra a comienzos del siglo XX y rápidamente fue adoptada por países europeos y americanos⁽⁴⁻⁹⁾, dados los resultados positivos en el paciente que se sometía a una operación en breve tiempo y concluía su recuperación en su hogar. Por otra parte, los servicios hospitalarios podían atender oportunamente a un mayor número de pacientes y se reducían los costos de hospitalización y de personal de salud. Es una de las grandes tendencias en atención de salud que se han ido perfilando y definiendo, en especial en las últimas décadas del siglo XX y que seguramente continuarán consolidándose en el siglo XXI.

La misma se ha considerado verdaderamente revolucionaria y es el resultado de cambios en la práctica de la medicina y en la sociedad, logrando mediante nuevas tecnologías acortar los tiempos operatorios así como la recuperación posoperatoria y la internación sin trastornos y con satisfacción del paciente.

La tendencia actual de la cirugía es la realización de técnicas mínimamente invasivas. Se ha avanzado notablemente en las técnicas laparoscópicas (de vías biliares, de corrección de hernias, ginecológicas, etcétera), en las resecciones transuretrales de próstata, etcétera. Asimismo, los nuevos fármacos anestésicos permiten anestésias cortas, con rápida recuperación⁽¹⁰⁾. Estas técnicas se aplican a todos los grupos etarios, siendo de destacar especialmente su uso en pediatría, lo que implica menores riesgos y molestias posoperatorias en niños.

En cuanto a la reducción del número de camas hospitalarias resultante, existen indicadores clave en su predicción, como son las actividades desarrolladas, el giro de camas, el porcentaje de ocupación, la atención de día y el promedio de estadía. La reducción de camas en Inglaterra oscila de 25% a 30% en una publicación de 1997⁽³⁾, aunque se señalan problemas en la participación de clínicos y especialistas en salud pública en ese modelo de financiación privada.

Esta forma de trabajo lleva implícita la idea de que a partir de esta nueva organización de la atención es posible replanificar los hospitales siendo necesario establecer un plan estratégico de mediano y largo plazo para reconfigurar las camas hospitalarias y los servicios.

El tema de la demanda de atención hospitalaria está siendo investigado a nivel internacional⁽³⁾, constatándose aumentos en los ingresos hospitalarios no explicados por cambios en la morbimortalidad y la causa del fenómeno es atribuida a las nuevas tecnologías y con menos frecuencia a factores como las actitudes de los pacientes y médicos o al cambio de las necesidades de asistencia, por ejemplo de los grupos de adultos mayores. Se requiere más evidencia sobre el número y tipo de pacientes ele-

gibles para internación que permita buscar soluciones adecuadas para responder a la demanda real de la población.

El plan normativo, estratégico y táctico partió de un diagnóstico de situación de los problemas organizativos y de la evidencia de los elevados costos en la atención quirúrgica, incluyendo las actividades de block y de internación y del conocimiento de la existencia de alternativas para cierto tipo de cirugías, las cuales representaban grandes ventajas comparativas.

En función de ello se fijó como propósito la racionalización de la atención quirúrgica y el mejoramiento de la calidad de atención mediante la introducción de un nuevo modelo con el necesario soporte técnico.

La experiencia institucional que describimos ha implicado un proceso progresivo de cambio en el que participaron numerosos actores, a lo largo del tiempo, de los diversos ámbitos de acción involucrados. En las etapas finales preapertura de la unidad actuó una comisión especialmente dedicada al tema como catalizador del proceso, junto con la Dirección.

Objetivos y metas

Los objetivos fundamentales, varios de los cuales tuvieron que ver con una actividad preparatoria para el cambio, a fin de facilitar la etapa operativa posterior de puesta en marcha de la unidad, fueron los siguientes:

- Desarrollar la modalidad de cirugía ambulatoria en el CASMU poniendo en marcha una unidad de cirugía del día en Sanatorio 1, exclusivamente destinada a esta forma de atención y usando las instalaciones disponibles de salas de operaciones.
- Seleccionar e incluir en el plan las especialidades y técnicas quirúrgicas que pudieran adaptarse a este modelo de asistencia, a fin de integrarlas independientemente de que se efectuara su actividad en el Sanatorio 1 o 2 en forma previa al nuevo régimen.
- Realizar una redistribución total de la actividad quirúrgica institucional, reordenando la del Sanatorio 1 para adaptarla a un trabajo predominante en régimen ambulatorio y coordinando con el Sanatorio 2 para complementar esta labor con los apoyos requeridos.
- Contribuir con este modelo al ahorro de camas de internación sanatoriales.

El plan operativo de trabajo de la UCD consistió en la fijación de objetivos para la puesta en marcha, entre ellos se destacan:

- Generar las condiciones de infraestructura física asistencial necesaria para el funcionamiento, las cuales consistieron en 18 lugares de asistencia (ocho si-

llones articulados y diez camas).

- Promover, a nivel técnico, los procedimientos a realizar y la normatización de la atención a brindar, los criterios de selección de los pacientes, las condiciones clínicas de aceptación de los mismos mediante una adecuada coordinación técnica. Establecer además las condiciones socio-familiares requeridas para la inclusión de pacientes en el sistema.
- Contar con las actividades a desarrollar en cada especialidad e incorporar los registros necesarios para el desarrollo de las mismas.
- Elaborar el nuevo esquema de trabajo diario-semanal de block quirúrgico procurando establecer las condiciones más favorables para la cirugía de día y teniendo en cuenta el recurso de camas o lugares disponibles en la unidad.
- Integrar actividades de evaluación y control en todas las etapas: selección de pacientes, evaluación anestésica y quirúrgica, nuevas pautas de trabajo en cada especialidad quirúrgica y en anestesia, utilización del servicio y sus costos.
- Facilitar la información y accesibilidad del abonado elegido para hacer uso del nuevo régimen, disminuyendo al mínimo las situaciones de riesgo y el surgimiento de complicaciones.
- Asegurar las adecuadas condiciones al alta a cargo del médico responsable (con interconsulta médica si correspondiera, en casos de excepción) y el seguimiento posterior de los pacientes para controlar la normal evolución esperada e intervenir en los casos en que se requiriera.

Las metas operativas principales fueron

- Instalar la unidad de cirugía del día del Sanatorio 1 en el curso del año 1997, logrando el acondicionamiento de la planta física para unos 18 lugares de atención en dos etapas. Primera de ocho camas en el primer piso del Sanatorio 1.
- Modificar el régimen de funcionamiento del block quirúrgico del Sanatorio 1 procurando que 50% a 60% de su producción correspondiera a cirugía ambulatoria y dar cabida a 30% de las intervenciones de las especialidades seleccionadas.
- Disminuir los días cama de internación quirúrgica en un día de internación como mínimo por cada paciente admitido (se basa en el supuesto de mantener el número total de operaciones en los valores actuales).

La propuesta ha sido limitada inicialmente a determinadas especialidades, enfermedades y procedimientos, los cuales seguramente pueden ampliarse en el devenir del tiempo a breve y mediano plazo.

Estrategia para el cambio

La experiencia implicaba, sin duda, un gran cambio en la práctica de la actividad quirúrgica institucional, por lo cual fue necesario primero realizar una valoración de la factibilidad técnica mediante consultas y coordinaciones con los departamentos clínicos involucrados en el futuro esquema organizativo. Con este fin se realizaron reuniones con amplia participación de los técnicos de cada departamento quirúrgico y de anestesiología, con posibilidades de integrarse a la labor.

Este proceso implicó, además, contar con la factibilidad política a través de la aprobación de todas las etapas del proceso, mediante el logro de la participación directa de miembros del órgano directriz institucional en una comisión especialmente constituida a estos efectos.

Por otra parte, fue necesario poner en conocimiento del nuevo sistema de atención a los pacientes potenciales, para lo que se trabajó en documentos informativos a nivel de los médicos y de los pacientes tendientes a contribuir a la aceptación del plan.

La planificación del servicio contó con la dirección técnica de un especialista en salud pública y con la coordinación técnica de un anestesista, quienes asumieron la conducción incluyendo la aplicación de las pautas técnicas generales de selección de pacientes y otras de funcionamiento del servicio. Contaron con la participación de una comisión técnica integrada por las especialidades médico-quirúrgicas y enfermería. Los detalles metodológicos los exponemos en el capítulo respectivo.

Se requirió planificar la planta física incluyendo el área de atención de día y el block quirúrgico, que fuera económicamente factible y con las condiciones arquitectónicas adecuadas.

Material y método

En el proceso de instalación de la unidad se partió de un trabajo de evaluación y planificación hospitalaria realizado por la Dirección y el equipo técnico médico y de enfermería del Sanatorio 1 que jerarquizó y priorizó la unidad dentro del desarrollo hospitalario del CASMU, conceptualizándola como un nuevo e innovador modelo asistencial con ventajas de calidad y costos respecto a la forma de asistencia existente hasta el momento. Esto permitió elaborar una propuesta concreta sobre planta física y aspectos funcionales básicos por intermedio de la comisión respectiva que se denominó Remodelación del Primer Piso del Sanatorio 1.

Se utilizaron las estadísticas hospitalarias de los sanatorios institucionales, especialmente en el área quirúrgica, y especialidades seleccionadas para realizar una propuesta de replanificación del uso de camas de internación, in-

roducción de las de cirugía del día y distribución de horas de block operatorio.

Los datos más importantes manejados a nivel de planificación institucional fueron las estadísticas hospitalarias de egresos, camas y morbilidad o procedimientos quirúrgicos realizados. Los mismos se consideraron en pasos sucesivos de modo de posibilitar la realización del plan operativo posterior.

Paso 1. Se partió de un estudio descriptivo de la situación inicial de los principales indicadores de utilización de las camas, especialmente los de los sanatorios predominantemente quirúrgicos, al ejercicio 1996-1997 (figura 1). Los indicadores hospitalarios del área de cirugía del Sistema Nacional de Información sobre Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), al tercer trimestre de 1996 anualizados mostraban valores de 55,7 egresos por 1.000 afiliados (14.000 egresos de cirugía anuales) y 285 días de hospitalización por 1.000 afiliados (71.400 días de internación de cirugía por año). El promedio de estadía era 5,1 en el mismo período. El número total de intervenciones quirúrgicas institucionales en el ejercicio 1996-1997 fue de 12.446. Los datos de egresos, días de estadía y promedio de estadía de especialidades seleccionadas para integrarse al trabajo en el régimen proyectado constan en la figura 1 y la tabla 2.

Los demás indicadores de la figura 2, que se tomaron de las Estadísticas Sanatoriales CASMU, elaboradas por el Departamento de Registros Médicos institucional, mostraban un giro de camas de 67,5% y un índice de ocupación de 87% en los sanatorios 1 y 2, destinados predominantemente en ese momento a la actividad quirúrgica.

Paso 2. Se estudió el volumen de egresos quirúrgicos totales anuales y de las especialidades seleccionadas, las que representaban un tercio de dichos egresos.

Se consideraron asimismo los días de estadía promedio en las especialidades y enfermedades elegidas, que fueron: cirugía general, cirugía plástica, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía buco-maxilar, traumatología, cirugía pediátrica y urología, de las cuales las cuatro primeras presentaban mejores condiciones para la experiencia en ese momento (en términos de organización, pautas, aceptación del modelo, etcétera) por lo que fueron seleccionadas.

Paso 3. Se estudió el número de camas disponibles y su utilización (figura 3). Las mismas totalizaban 366 camas para los sanatorios médico-quirúrgicos a 1996, excluyendo CTI-CI, ginecoobstétricas, cunas y psiquiátricas, de las cuales 124 eran contratadas sobre todo para uso de pacientes médicos. A julio de 1997 ya se habilitaron ocho camas de cirugía del día en régimen ambulatorio.

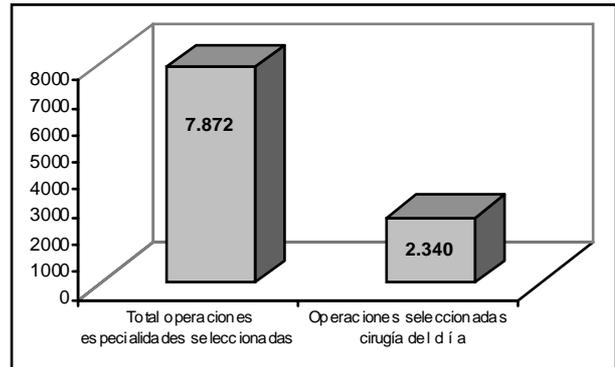


Figura 2. Intervenciones totales y seleccionadas para cirugía del día en especialidades incluidas en el sistema CASMU 1996-1997.

Tabla 2. Egresos y días de estadía de especialidades quirúrgicas seleccionadas, CASMU, ejercicios 1996-1997 a 1998-1999.

Ejercicio 1996-1997	Egresos	Días estadía	Promedio estadía
	Cirugía general		
	4.953	24.270	4,9
	Cirugía plástica		
	1.542	2.621	1,7
	Oftalmología		
	593	949	1,6
	Otorrinolaringología		
	784	1.646	2,1
	Total		
	7.872	29.486	3,7

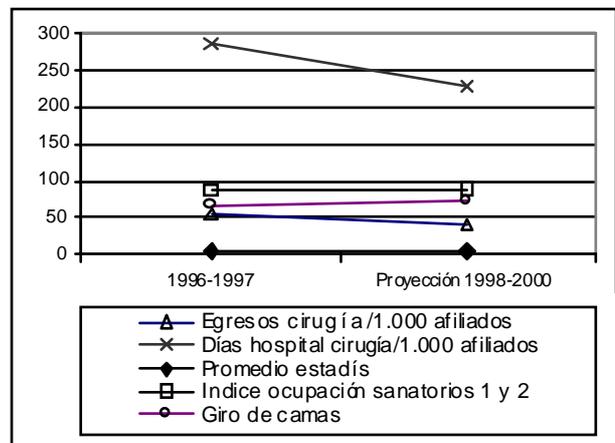


Figura 2. Indicadores hospitalarios quirúrgicos CASMU 1996-1997 y proyección a 1998-2000.

Paso 4. Se realizaron las proyecciones de indicadores (figura 2), y dotación de camas (figura 3), en las especialidades quirúrgicas y otras relacionadas a los cambios estructurales de la institución teniendo en cuenta la reducción proyectada de sus camas contratadas lográndose sobre la base de los nuevos programas de cirugía del día e internación domiciliaria de pacientes médicos, fundamentalmente, y un discreto aumento de camas propias y de cirugía del día.

Dichas proyecciones fueron en lo que respecta a:

- los egresos de áreas quirúrgicas: reducción de 30%,
- días de internación: reducción de 20%,
- promedio de estadía: mantenimiento (en función de que se eliminaban los casos quirúrgicos de menor estadía del área hospitalaria),
- giro de camas: aumento,
- número de camas: reducción de 18%.

Se partió de un supuesto de mantenimiento de la población afiliada y, por lo tanto, de las necesidades de los servicios.

Se ha estimado por parte del departamento de cirugía que esta modalidad organizativa junto con las nuevas técnicas quirúrgicas como la cirugía laparoscópica (por ejemplo, de vías biliares) pueden acortar estadías en alrededor de 50% de la cirugía general y en porcentajes aun superiores en otras especialidades.

Es preciso especificar que la ginecoobstetricia se realiza en otro Sanatorio, el número 3 del CASMU, por lo que no se incluye en la planificación de esta experiencia.

Estas proyecciones permitieron fijar posteriormente las metas operativas que siguen.

Paso 5

a) En la planificación operativa la dirección técnica realizó un plan de reorganización de:

- uso de horas de coordinación quirúrgica por especialidad y reorganización del uso de salas de block operatorio para uso convencional y ambulatorio,
- proyecto de planta física de la unidad y de uso de lugares de internación en la unidad de cirugía del día y fijación de cupos por especialidad,
- propuesta de recursos humanos.

Reorganización del block operatorio

La reorganización del trabajo quirúrgico en este nuevo modelo tuvo en cuenta: los volúmenes de trabajo por especialidad, la actividad de cada sala operatoria para cirugía convencional y ambulatoria y por especialidades y los lugares de atención en el área de atención del día. Los cupos eran de dos tipos, los correspondientes a pacientes que serían objeto de anestesia general y ocuparían

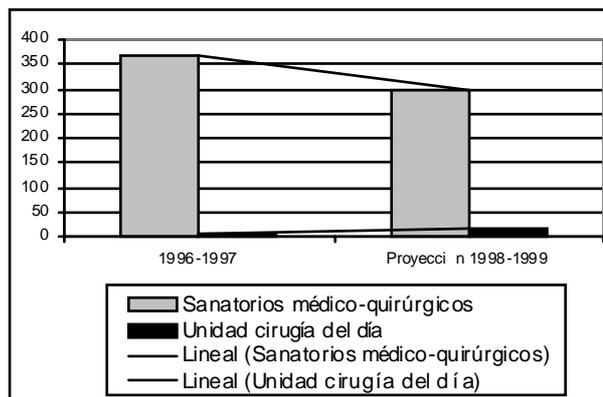


Figura 3. Número de camas sanatorios médico-quirúrgicos del CASMU 1996-1997 y proyección.

camas y aquellos a los que se aplicaría anestesia local y se les ubicaría generalmente en sillones.

En el proceso de planificación se partió del cuadro de coordinación quirúrgica del Sanatorio 1 vigente al año 1996, que comprendía las siguientes especialidades en la forma de trabajo corriente o tradicional: cirugía general, cirugía pediátrica, cirugía de tórax, otorrinolaringología, urología.

Las intervenciones de coordinación de mayor volumen en Sanatorio 1 eran, en la etapa previa a esta experiencia, de cirugía general y urología, y representaban 68% de la coordinación, seguidas por cirugía pediátrica y otorrinolaringología (las cuatro especialidades constituían 95% de la coordinación de este sanatorio).

Las horas quirúrgicas vigentes en forma previa a 1997 presentaban un uso predominante en cirugía convencional y a partir de julio de 1997 se pasó a una alta concentración de horas de la cirugía ambulatoria. En el año 1998 se logró la redistribución programada del trabajo quirúrgico en ambos sanatorios en forma completa. Se planificaron 4.272 horas anuales de sala quirúrgica para cirugía del día (66,4% del total de horas de coordinación) y 2.160 para la cirugía convencional (33,5% del total).

El cambio en la forma de administrar la coordinación quirúrgica en forma centralizada para todo el CASMU, que ocurrió en el mismo período, fue un factor favorable en la organización del trabajo quirúrgico. El sistema significó que la coordinación pasó a ser hecha en forma administrativa centralizada, de acuerdo a un orden de prioridades (intervenciones impostergables o no, etcétera).

Se procuró enfatizar la concentración de la actividad de cada especialidad según días de la semana, y tomar los horarios de operaciones de cirugía del día especialmente en las primeras horas del día y no más allá de las 15 horas, a fin de permitir luego del período de recuperación posoperatoria de los pacientes (que debería completarse en horario diurno) el egreso en el día. La coordinación

quirúrgica fue semanal.

Uso de unidades de internación en la unidad de cirugía del día

Se proyectó una planta física de hasta 18 unidades de internación a realizar en etapas sujetas a evaluación y con comodidades diferenciales según el tipo de pacientes y enfermedades a atender (camas o sillones).

El uso de camas o sillones de internación disponibles se estableció acorde a la distribución de operaciones por especialidades y por día, lo cual permitió fijar los cupos diarios disponibles para cada especialidad en forma programada. Obviamente que el uso de las camas se reservó para la cirugía mayor, en tanto que en los sillones se realizó habitualmente la menor o intermedia.

Los recursos humanos

Es de destacar que esta unidad no implicó más recursos humanos médicos, sino que significó una forma diferente de organización del trabajo médico acorde al nuevo modelo; sí requirió dotar de personal específico de enfermería profesional y auxiliar para la planta de atención de día que se calculó en base al número de las unidades de atención. Este personal se redistribuyó de pisos de internación, en parte, donde se disminuyó el número de días de internación y, por lo tanto, las necesidades de recursos.

b) Los departamentos quirúrgicos y el departamento de anestesia desarrollaron un plan de acción sobre:

- selección de procedimientos por especialidad,
- criterios de selección de pacientes,
- flujograma de actividades (se detalla en el capítulo de actividades).

La coordinación con los departamentos clínicos-quirúrgicos, médicos y anestesiológico, se planificó mediante la participación de los grados superiores de los departamentos quirúrgicos, medicina, pediatría y anestesiología. Se coordinó contar con el apoyo del médico internista o el pediatra del sanatorio para poder realizar interconsultas médicas en pacientes internados en la unidad en caso que lo requirieran y efectuar evaluaciones prealta.

Selección de procedimientos quirúrgicos y anestesiológicos

Se establecieron criterios de selección de procedimientos para el funcionamiento de una unidad de cirugía del día a partir de la experiencia en otros medios⁽¹¹⁾ que fueron: bajo riesgo de serias complicaciones y morbilidad posoperatoria, especialmente sangrado, procedimientos bajo anestesia general de no más de una hora de duración, provisión

de un adecuado alivio al dolor del paciente en domicilio.

Las intervenciones de las especialidades que operaban en el Sanatorio 1 y podían eventualmente ser incluidas en un régimen de cirugía ambulatoria, seleccionadas al año 1996 por los departamentos quirúrgicos respectivos*, fueron básicamente las que se detallan a continuación:

Cirugía general: hernia inguinal, fibrolaparoscopia, várices, lipoma, tumor de partes blandas, exéresis de adenopatías, hernia umbilical, hernia crural, hernia epigástrica.

Cirugía pediátrica: hernia inguinal, fimosis-postectomía, criptorquidia, hernia umbilical, hidrocele, tumor de partes blandas, quiste de cordón, frenillo sublingual, frenillo prepucial.

Urología: fimosis-postectomía, hidrocele-vaginalectomía, varicocele, quiste de epidídimo, ureterotomía interna, cistoscopia.

Otorrinolaringología: amígdalas y adenoides, cirugía crioplástica endoscópica nasal, microcirugía plástica de oído, resección biopsica, endoscopia oral, microcirugía endoscópica de laringe.

Luego se agregaron intervenciones de oftalmología y cirugía plástica, especialidades que operaban en el Sanatorio 2 del CASMU, las cuales se adaptaban fácilmente a esta modalidad en buena parte de su actividad.

Los criterios de selección de estas afecciones no han tenido cambios importantes posteriormente, si bien se está perfilando más recientemente la necesidad de incorporación progresiva de nuevos procedimientos como es el caso de los procedimientos laparoscópicos (colecistectomía laparoscópica) que actualmente se realizan por internación sanatorial de breve estadía.

Selección de pacientes

Una vez seleccionado el procedimiento a realizar en un paciente dado, corresponde evaluar si el paciente puede y acepta entrar en esta forma de atención. Los criterios de selección de pacientes para cirugía ambulatoria incluyen edad (de preferencia menores de 70 años) y condiciones de salud, criterios clínicos de selección de patologías y valoración del paciente, un conjunto de exámenes básicos preoperatorios y consulta previa con anestesista.

El pedido de exámenes preoperatorios⁽¹²⁾ se fijó considerando su realización sobre una base selectiva teniendo en cuenta sólo los pacientes con riesgo anestésico bajo (ASA I y II de la clasificación de la Asociación Americana

* Sollazo A. Supervisión Chirigliano G. Propuesta para el desarrollo de un programa de cirugía ambulatoria. Trabajo de Residencia en Administración de Servicios de Salud en CASMU; agosto 1996.

de Anestesia). Básicamente se pide: hemograma a los menores de 1 año, y luego en los adultos hemograma, orina y crasis; si son mayores de 40 años electrocardiograma (ECG). No se usa, en general, premedicación ansiolítica⁽¹³⁾.

Por otra parte, los pacientes deben reunir ciertas condiciones socio-familiares de aceptabilidad como lo son contar con familia o compañía en el hogar y vivir dentro de los límites de Montevideo.

Se realiza por parte del médico un procedimiento de obtención del consentimiento informado del paciente.

Alta y seguimiento del paciente

El alta corresponde al médico tratante, quien puede contar con apoyos de otras interconsultas médicas si corresponde y del coordinador de la unidad, quien a su vez también supervisa la medicación analgésica para domicilio. Se otorga con instrucciones escritas sobre el reposo en cama, el cuidado de la curación, la toma de analgésicos orales, el llamado al médico de guardia frente a complicaciones (por ejemplo, sangrado), la dieta, la conducción de vehículos y el alcohol, etcétera.

De registrarse alguna complicación que es excepcional (hasta 1% de los casos) se cuenta con la alternativa de disponer del ingreso a sanatorio.

Fue necesario ofrecer al abonado ciertas seguridades adicionales cuando era enviado de alta a domicilio, para lo cual se generó la posibilidad de comunicarse telefónicamente, desde su casa y durante las 24 horas del día, a un teléfono directo y exclusivo que para este fin se dispone en el servicio de urgencia y donde lo atiende el cirujano de guardia, quien se encarga de evacuar las consultas, brindar asesoramiento y en caso de ser necesario disponer el traslado a urgencia para valoración u otra medida que corresponda.

Por otra parte, una licenciada de enfermería se comunica vía telefónica todos los días al domicilio de los pacientes que se fueron de alta el día anterior, a fin de controlar la evolución y brindar el apoyo necesario para la prevención y el control de las complicaciones posoperatorias. La visita de enfermería domiciliar se coordina si hay indicación técnica, así como la citación policlínica quirúrgica de urgencia o no urgente en los casos que se requiera.

Actividades

Proceso de atención: flujograma

Se estableció el flujograma del proceso de atención que debía seguir el paciente en el régimen de cirugía del día de la siguiente manera:

- En policlínica quirúrgica: el paciente es atendido y se

le hace la propuesta por parte del cirujano de utilizar el régimen de cirugía del día y se obtiene el consentimiento informado.

- En policlínica de anestesia los pacientes seleccionados para cirugía del día son evaluados, siendo fundamentalmente ASA 1 y 2.
- En coordinación quirúrgica: se le da día de operación. Se le informa y se le entregan instrucciones por escrito sobre ayuno, acompañante, transporte, etcétera⁽¹⁴⁾.
- En admisión se hace el procedimiento administrativo de ingreso a la unidad.
- Luego se procede a hacer una valoración de enfermería que incluye la toma de los signos vitales, los registros en la historia clínica, etcétera.
- La operación se hace con anestesia general o local según el cuadro clínico, se realiza el llenado de historia y luego de operado se pasa el paciente a la primera etapa de la recuperación en block quirúrgico. Posteriormente el paciente pasa a la sala de la unidad de cirugía del día.
- Los cuidados posoperatorios incluyen la visita del anestesista y el cirujano, las indicaciones médicas (analgésicos y antieméticos, etcétera), la administración de líquidos orales, reposo, controles. Existe un coordinador de la unidad, anestesiólogo, que se ocupa de la supervisión diaria de los pacientes atendidos.
- El alta se otorga con instrucciones escritas y de seguimiento posterior.

Recursos

La planta física (figura 6) se previó con unidades de internación, enfermería, admisión, vestuarios, depósitos, sala de espera, servicios higiénicos.

- La zona de internación inicialmente (1997) se planificó con 11 lugares de internación (siete camas y cuatro sillones), con la previsión de posible ampliación a área anexa que se llevó a cabo posteriormente (1998), luego de la evaluación de las primeras etapas de trabajo, llegando entonces al volumen actual de 18 unidades de atención con diez camas y ocho sillones.
- Las salas quirúrgicas usadas del block quirúrgico, ubicado en el piso octavo del Sanatorio 1, fueron tres.
- El horario de funcionamiento se planificó de las 6 a las 21 horas y de lunes a sábado.
- Dado que el área de internación se ubica en el primer piso y el block en el octavo debieron preverse sistemas de intercomunicación telefónica rápida para facilitar el flujo de pacientes por los ascensores desde y hacia la unidad.
- El personal que trabaja en la unidad pertenece a las siguientes categorías: un médico coordinador, médicos de las diferentes especialidades y departamentos

quirúrgicos, enfermería auxiliar y profesional (exclusiva del sector), técnicos en registros médicos, instrumentistas y personal de limpieza.

- Los médicos son los mismos que en el régimen anterior (cirujanos de las diferentes especialidades, anestesiastas), lo que cambia es el modelo en el que desarrollan su actividad, que pasa de hospitalario a ambulatorio.
- Los recursos económico-financieros implicaron una inversión inicial en adecuación de la planta física disponible en el Sanatorio 1 para las actividades de atención ambulatoria, su equipamiento y la provisión de los recursos materiales necesarios, así como la provisión del personal estable de la unidad: de enfermería, servicio, admisión de pacientes y un coordinador médico.

Evaluación y control

La evaluación por indicadores de estadística asistencial que se previeron se basan en los datos mensuales y anuales de egresos, intervenciones y días de estadía del Informe Estadístico del Departamento de Registros Médicos tanto del período previo a la apertura de la unidad como de ahí en adelante* y en el Sistema Nacional de Información sobre IAMC (SINADI) del Ministerio de Salud Pública†, y los contables del departamento respectivo del CASMU‡.

Las estadísticas sanatoriales y las ambulatorias de cirugía del día incluyen datos por especialidad (egresos, intervenciones y días de atención en cada una).

Resultados

Los resultados obtenidos respecto de lo planificado se miden en términos de indicadores asistenciales y de costos, los cuales fueron obtenidos a partir del primer año de trabajo de la UCD y se mantienen hasta el momento.

La evaluación del uso de la cama hospitalaria así como los demás indicadores de egresos, días de hospitalización, promedio de estadía, índice de ocupación y giro de camas evolucionaron de acuerdo a lo proyectado (figura 2).

El promedio de estadía de las intervenciones seleccio-

nadas para el nuevo sistema de cirugía del día era de acuerdo a una evaluación realizada en el período preapertura de la UCD de 2,5 días promedio (3 días para cirugía general y urología y 1,1 días para cirugía pediátrica y otorrinolaringología). El promedio de estadía de las especialidades elegidas que hasta ese momento trabajaban en el Sanatorio 2 eran: cirugía plástica 1,7 y oftalmología 1,5. Todas estas operaciones pasaron a ser resueltas, en general, en menos de 12 horas de permanencia en el servicio ambulatorio.

Existen especialidades que intervienen en forma más definida en esta nueva modalidad, las que tuvieron una mayor y más rápida integración a la experiencia durante todas las etapas del proceso fueron: cirugía general, cirugía plástica, oftalmología y otorrinolaringología.

La evaluación de resultados en términos de costos se basa en dos aspectos esenciales, la disminución de los días de estadía y la reducción del costo-día de atención en la nueva modalidad analizados los datos presupuestales correspondientes. El sistema de información presupuestal del Sanatorio 1 incluye los gastos directos e indirectos en la Unidad Ejecutora de Cirugía del Día, excepto los honorarios médicos que se obtienen por vía separada del sistema de información de liquidaciones de técnicos del Sanatorio 1.

La relación costo-efectividad es dos veces y media mejor que en la modalidad convencional resultando altamente satisfactoria a expensas de la drástica reducción de días de internación, que es de 14% en las especialidades seleccionadas, estimándose un ahorro de 1.900.000 dólares anuales en el primer año de aplicación⁽¹⁾.

La evaluación de la calidad de atención percibida por el paciente se realiza en base a la encuesta de satisfacción de usuarios de la unidad‡, que incluye opiniones sobre admisión, atención médica, de enfermería, de confort, globales del servicio, etcétera; esta alcanza valores de 80% a más de 90% de satisfacción en los aspectos mencionados, señalando una indiscutible aceptación. Las complicaciones medidas en términos de pases a servicio de internación son mínimas (1%).

La evaluación completa de la unidad realizada en otro trabajo de los mismos autores⁽¹⁾ muestra tanto en los aspectos de costo-efectividad como de calidad de atención y satisfacción del usuario resultados sumamente favorables para esta actividad, que por ser inicial en el medio resulta de especial interés en el sentido de la recomendación de la difusión de la experiencia y de las posibilidades de potenciación de la utilización de la misma.

La evaluación posterior en años sucesivos y de acuerdo con estadísticas institucionales del ejercicio 2001-2002 muestra un mantenimiento del modelo instalado en las especialidades y procedimientos elegidos. A partir del año 2001 se incorpora la artroscopia de rodilla en las actividades que se desarrollan en el sistema de cirugía del día.

* Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. Departamento de Registros Médicos. Informes estadísticos anuales. CASMU; 1995-96, 1996-97, 1997-98.

† Informes de Indicadores del Sistema Nacional de Información sobre IAMC. Ministerio de Salud Pública.

‡ Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. Informe de Gestión Contable, Balance de la Unidad de Cirugía del Día del CASMU; Ejercicio 1998-99.

‡ *Operti R y Cavasin C. Encuesta de Satisfacción de Usuarios de la Unidad de Cirugía del Día del CASMU. 1999.*

Por otra parte, han surgido otras experiencias organizadas de cirugía de breve estadía como es el caso de las colecistectomías laparoscópicas de vías biliares del Departamento de Cirugía General que se realiza en el Sanatorio 2, de gran importancia por tratarse de una intervención de la más alta frecuencia en esta especialidad, que comenzó en el ejercicio 1999-2000 y se sigue afianzando en ejercicios sucesivos y hasta el presente.

Discusión

Aspectos técnico-administrativos

El trabajo de reorganización se refiere en buena medida al funcionamiento del block operatorio en régimen ambulatorio y se describe en la literatura como la mejor oportunidad para lograr reducir drásticamente el uso efectivo de los recursos en los servicios quirúrgicos a nivel del “proceso perioperatorio”⁽¹¹⁾, razón por la cual hemos jerarquizado la exposición de la reorganización llevada a cabo.

Asimismo, el uso de la cama hospitalaria se reduce notoriamente por lo cual se trata de un proceso que se incluye dentro de los más importantes a tener en cuenta en el hospital del futuro en el cual se impone un rediseño de los servicios en base a las actividades a desarrollar, lo que a través del estudio de los principales indicadores tales como el número de egresos por 1.000 afiliados y el promedio de estadía, pueden monitorizarse para ajustar el recurso cama y plantear otras alternativas asistenciales más costo-efectivas.

Las proyecciones futuras que implica este plan son las de llegar a más de 30% de las cirugías bajo esta modalidad como se ha logrado, por ejemplo, en el sistema de salud de Alemania^(4,15) y a más de 50% de la cirugía general, incluyendo la laparoscópica, lo cual junto con otros cambios en las actividades que se están operando en otras especialidades médicas tiene connotaciones relativas a la reducción de la cama hospitalaria e implicará el rediseño de un “nuevo hospital” que atienda los cambios que se han introducido en forma acelerada en la práctica médica. Sin duda, un verdadero desafío para los especialistas en salud pública y administradores de los servicios de salud y especialidades médico-quirúrgicas.

Aspectos técnico-clínicos

En cuanto a la calidad de los resultados asistenciales, la evaluación clínica⁽¹⁶⁾ debe detectar la mayor parte de los problemas que pueden afectar el manejo perioperatorio y los resultados.

Estudios multicéntricos sobre anestesia en cirugía del día muestran⁽¹⁷⁾ que la clasificación de riesgo anestésico según la ASA-PS (Asociación Americana de Anestesiología - Condición o estado físico) y la edad son predictores de morbilidad.

logía - Condición o estado físico) y la edad son predictores de morbilidad.

Se estudió el estado físico ASA y la edad como predictores de morbilidad luego de tres procedimientos quirúrgicos⁽¹⁸⁾, la prótesis total de cadera, la prostatectomía transuretral y la colecistectomía. Los resultados mostraron que la edad y los scores ASA-PS se asociaban en forma significativa con el aumento de los tiempos de estadía, el porcentaje de complicaciones y la frecuencia de visitas posalta y se concluyó que la edad y el ASA-PS pueden predecir la morbilidad posoperatoria específica para cada operación estudiada.

Un estudio canadiense procuró determinar la ocurrencia de complicaciones y morbilidad en la anestesia para cirugía del día encontrando hallazgos satisfactorios⁽¹⁹⁾. Otros estudios especiales, en el caso de niños, procuran estudiar los factores importantes para la seguridad relativos a la anestesia que se brindaba en los procedimientos de cirugía del día en este grupo de edad⁽²⁰⁾.

La consideración de la satisfacción del paciente como guía en la planificación de los tratamientos y de la monitorización de los procesos de acuerdo a experiencias encontradas en la literatura médica y en la institucional⁽²¹⁾ es una opción existente a tener en cuenta de futuro. Se entiende como satisfacción del paciente, en estos trabajos, la apreciación del individuo del grado que la atención brindada alcanza las expectativas y preferencias de aquél.

El estado actual del arte en este campo y su avance en forma cada vez más acelerada al impulso de las nuevas tecnologías, hace prever desde ya cambios futuros que abren nuevas opciones en organización y técnicas, de modo que se van generando grandes avances respecto de los orígenes de esta práctica⁽²²⁾.

Se observa actualmente en la literatura internacional una tendencia creciente en la elaboración de guías de práctica clínica en cirugía ambulatoria en las especialidades, lo cual implica la necesidad de considerar su desarrollo o adecuación a cada realidad o contexto local, esfuerzo que es esperable redonde cada vez más en el mejoramiento de la calidad y los costos⁽²³⁻³⁴⁾.

Aspectos de mejora del acceso a la cirugía

Esta modalidad de organización del trabajo quirúrgico produce una disminución de las listas de espera de pacientes para la intervención y un aumento del acceso y la posibilidad de realizar intervenciones quirúrgicas en forma oportuna, sin complicaciones, mortalidad, y con un bajo porcentaje de reingresos⁽³⁵⁾.

Aspectos de costos

La importancia de los cambios en la administración de

salud están basados en los componentes de alto costo de los servicios, como es el caso de la actividad quirúrgica de sala y sus procesos relacionados, especialmente los días de internación quirúrgica.

Existen experiencias publicadas sobre resultados asistenciales y económicos⁽³⁶⁾, como es el caso de la resección transuretral de la próstata (TURP) que ha resultado en excepcionales abatimientos de costos y mayor eficiencia. Si bien el componente de gastos por pago a profesionales (cirujano, anestesta) no se modifica ya que es igual en la modalidad hospitalaria que en la ambulatoria, los gastos de los servicios varían considerablemente.

Un estudio reciente⁽³⁷⁾ ha comparado los resultados, los gastos y la satisfacción del usuario entre la cirugía convencional y la cirugía del día y la atención domiciliar posterior para dos intervenciones de gran volumen, la herniorrafia y la colecistectomía laparoscópica, comprobándose que esta nueva modalidad utiliza menos recursos y reduce significativamente la estadía. En este estudio, con la cirugía del día y la atención domiciliar posterior, los costos medios se redujeron en al menos 385 dólares para la herniorrafia y en 427 dólares menos para la colecistectomía laparoscópica. Otros trabajos recientes sobre la herniorrafia laparoscópica⁽³⁸⁾ señalan ventajas, pero también recomiendan precaución antes de proceder a la adopción amplia de esta modalidad por faltar aún evaluación clínica y de costos de gran volumen, aconsejándose futuros estudios. También se describen resultados satisfactorios en intervención quirúrgica de corrección de cataratas^(39,40).

Conclusiones

– En la planificación de servicios es esencial como primer paso un compromiso de la dirección política y técnica, así como de las jefaturas y técnicos de los departamentos quirúrgicos y de anestesia participantes.

– Para definir el punto de partida y proyectar las acciones futuras es preciso realizar el análisis de los principales indicadores de uso de la cama hospitalaria en el área de cirugía, como lo son el número de egresos por 1.000 afiliados o usuarios del sistema, el número de días de internación y la estadía promedio en los dos modelos: el actual y en la nueva modalidad.

– Es preciso definir las especialidades y técnicas quirúrgicas involucradas en el plan, cuantificar y pautar sus acciones bajo esta modalidad.

– En la planificación operativa se requiere programar las acciones de block y de la unidad de atención de cirugía del día en base al uso de las camas hospitalarias, por un lado, y de los lugares de atención en la UCD, por otro.

– La evaluación de la experiencia muestra aspectos de costo-efectividad, calidad y satisfacción de usuarios su-

mamente favorables, lo que ha determinado la continuidad de la experiencia hasta la fecha.

– Por último, y posiblemente lo más importante, es tener en cuenta que esta nueva forma de atención así como otras nuevas modalidades asistenciales están reperfilando un hospital del futuro que estamos obligados a imaginar y proyectar sin demoras^(41,42). La aplicación de esta metodología de planificación de servicios quirúrgicos así como los resultados obtenidos son de impacto sobre toda la actividad quirúrgica institucional y se visualizan las posibilidades futuras de expansión del modelo acorde a las enfermedades a abordar y a las técnicas elegibles, lo que permite recomendar el mismo de acuerdo a esta experiencia nacional tanto en lo que respecta a la asistencia de pacientes como en la gestión de servicios hospitalarios quirúrgicos.

Agradecimientos

Los autores agradecen la participación, colaboración y apoyo de las autoridades e integrantes de la dirección del CASMU y de todas las jefaturas y equipos técnicos. Mencionamos especialmente los siguientes técnicos que tuvieron un rol destacado en la ejecución de las actividades de planificación, ejecución y evaluación: doctores: Oscar Balboa, jefe de Cirugía del CASMU; Carlos Rosasco, anestesiólogo coordinador de la UCD CASMU; Milton Carro, director adjunto del CASMU; Juan Jacobo Hornblas, cirugía plástica; Salo Kurek, oftalmología; Martín Arreche, cirugía; José Trochansky, cirugía; Juana Wettstein, cirugía pediátrica; Raúl Cepellini, urología; Ángel Vivas, otorrinolaringología; Roberto Masliah, traumatología; Alberto Irigaray, cirugía plástica; Ana Sollazo, residente de administración de Servicios de Salud; Olga Caracha, Registros Médicos; Ana Pérez, administración de servicios de salud; licenciadas de enfermería: Nelly Fernández, Gladis Herrera, Cristina Guerra; arquitectos: Aldo Acereza, Omar Olaizola, Susana Cora; ingeniero: Jorge Di Fabio; psicólogo: Carlos Cavaín; personal técnico, administrativo y de servicio asignado a funciones relativas a la unidad y del Departamento de Registros Médicos.

Agradecemos además en forma especial el asesoramiento en la realización de este trabajo por parte de la doctora Nelly Murillo.

Summary

A plan to set in a day surgeon unit (UCD) of the Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), located in the Sanatorio 1, a 107 bed-hospital, which is part of a network of CASMU hospitals (462 beds). So far, there have not been surgical units organized like this proposal.

The aim of the UCD is to apply an ambulatory way of surgical assistance in order to reach high quality in the service and to reduce costs by means of decreasing stay-in hospital. The objective is to modify the organization of the current surgical block and to install a new area of day assistance for selected operations.

The general plan includes hospital indicators, surgical indicators, use of beds and projections of this new type of surgical assistance. The operational plan is analyzed in its different compounds: general strategy, organization, activity timetable, assessment. The plan implies a variation in the management of surgical hospitalarian services and shows satisfactory results on institutional surgical activity in terms of cost-effectiveness, quality and satisfaction of patients. This national experience visualizes the oncoming development of the model according to pathologies and techniques to be considered.

Résumé

On présente le plan pour la mise en marche de l'Unité de Chirurgie du Jour (UCD) du Centre d'Assistance du Syndicat Médical (CASMU) de Montevideo, Uruguay, située au Centre 1, hôpital de 107 lits. Celui-ci fait partie d'un réseau d'hôpitaux de CASMU sur un total de 462 lits. Il n'existait pas, à l'époque, d'unités d'assistance organisées ayant cette modalité.

Le but de l'UCD est l'application d'une modalité ambulatoire de prestation d'assistance chirurgicale sous de bonnes conditions d'assistance visant à une baisse de l'hospitalisation. Le but en est l'installation d'un nouveau profil d'assistance du jour et le changement de l'organisation et du fonctionnement du bloc opératoire existant pour le travail avec des opérations sélectionnées de chirurgie générale et d'autres spécialités.

La méthodologie de planification générale comprend les repères hospitaliers et d'emploi du bloc chirurgical et des lits et on réalise des projections basées sur la réussite de l'introduction de cette nouvelle modalité d'assistance chirurgicale. Le plan de travail est analysé à partir de différents aspects (stratégiques, d'organisation, fluxe d'activités, ressources utilisées, évaluation, etc.). Cette méthodologie de planning mène à un changement radical dans la gestion des services hospitaliers chirurgicaux et montre des résultats très satisfaisants et un excellent impact sur toute l'activité chirurgicale institutionnelle en ce qui concerne le coût- efficacité, la qualité et la satisfaction du patient. Dans cette expérience nationale, on apprécie les futures possibilités de développement du modèle selon les pathologies et les techniques choisies.

Bibliografía

1. Chirigliano GV, Noceti MC. Evaluación de una unidad de

- cirugía del día. Rev Panam Salud Publica 2002; 12(5): 333-8.
2. Pollock AM, Dunningan M, Gaffney D, Macfarlane A, Majeed F. What happens when the private sector plans hospital services for the NHS: three case studies under the private finance initiative. NHS Consultants' Association, Radical Statistics Health Group, and the NHS Support Federation. BMJ 1997; 314(7089): 1266-71.
 3. Edwards N, Harrison A. Planning hospitals with limited evidence: a research and policy problem. BMJ 1999; 319(7221): 1361-3.
 4. Busse R, Schwartz FW. Financing reforms in the German hospital sector: from full cost cover principle to prospective case fees. Med Care 1997; 35(10 Suppl): S40-9.
 5. Botella JA, Martínez A, Uribe N, Valero J, Pardo J, Ruiz J. Ambulatory surgery: is a multidisciplinary unit necessary? Br J Surg 1997; 84(2 Suppl): 124.
 6. Bartlett MK, Battit GE, Rockett AM, Perry EJ, Austen MG. The role of surgery on ambulatory patients in one teaching hospital. Arch Surg 1979; 114(3): 319-20.
 7. Weisbrod BA. The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment. J Econ Lit 1991; 29: 523-52.
 8. Board N, Caplan G. Implications of decreasing surgical lengths of stay. Austr Health Rev 2000; 23(2): 62-76. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. [Consulta: 8 set 2002].
 9. Cueto GJ. Manual de Cirugía Ambulatoria. México: Secretaría de Salud, 1993.
 10. Dexter F, Tinker JH. Comparisons between desflurane and isoflurane or propofol on time to following commands and time to discharge: a metaanalysis. Anesthesiology 1995; 83(1): 77-82.
 11. Miller JM. Organization of day surgery. Oxford: Day Surgery Unit The Churchill Hospital, 1991.
 12. Golub R, Cantu R, Sorrento JJ, Stein HD. Efficacy of preadmission testing in ambulatory surgical patients. Am J Surg 1992; 163(6): 565-70.
 13. Smith AE, Pittaway AJ. Premedication for anxiety in adult day surgery. (Cochrane Review). The Cochrane Library 1999, Issue3.
 14. American Society of Anesthesiologists. La anestesia y usted. Anestesia para cirugía ambulatoria. Illinois: ASAhq, 1997. <http://www.ASAhq.org> [Consulta: 11/9/02].
 15. Jackson JL. The german system: Lessons for Reform in the United States. Arch Intern Med 1997; 157(2): 155-60.
 16. McCallion J, Krenis LJ. Preoperative Cardiac Evaluation. Am Fam Physician 1992; 45(4): 1723-32.
 17. Forrest, JB, Rehder K, Cahalan MK, Goldsmith CH. Multicenter Study of General Anesthesia III. Predictors of severe perioperative adverse outcomes. Anesthesiology 1992; 76(1): 3-15.
 18. Cullen DJ, Apolone G, Greenfield S, Guadagnoli E, Cleary P. ASA Physical Status and age predict morbidity after three surgical procedures. Ann Surg 1994; 220(1): 3-9.
 19. Duncan PG, Cohen MM, Tweed WA, Biehl D, Pope WD, Merchant RN, et al. The Canadian four-centre study of anaesthetic outcomes: III. Are anaesthetic complications predictable in day surgical practice? Can J Anaesth 1992; 39(5 Pt 1): 440-8.
 20. American Academy of Pediatrics. Evaluation and preparation of pediatric patients undergoing anesthesia. Pediatrics 1996; 98(3): 502-8. <http://www.aap.org/policy/01566.html>. [Consulta: 10 set 2002].
 21. Brennan PF. Patient satisfaction and normative decision theory. J Am Med Inform Assoc 1995; 2(4): 250-9.
 22. Schneck LH. Ambulatory surgery Its origins, its present state, and its future direction. AORN J 1984; 40(2): 248-50.

23. **Palmer JS, Worwag EM, Conrad WG, Blitz BE Chodak G W.** Same day surgery for radical retropubic prostatectomy: is it an attainable goal? *Urology* 1996; 47(1): 23-8.
24. **McCormack K, Scott NW, Go PMNYH, Ross S, Grant AM, on behalf of the EU Hernia Trialists, Collaboration.** Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. (Cochrane Review) *The Cochrane Library* 2002, Issue 3.
25. **Lawrence K, Mc Whinnie D, Goodwin A, Doll H, Gordon J, Gray, A, et al.** Randomised controlled trial of laparoscopic versus open repair of inguinal hernia: early results. *BMJ* 1995; 311(7011): 981-5.
26. **Stewart MG, Hillman EJ, Donovan DT, Tanli SH.** The effects of a practice guideline on endoscopic sinus surgery at an academic center. *Am J Rhinol* 1997; 11(2): 161-5.
27. **Society for Surgery of the Alimentary Tract. Patient Care Committee.** Treatment of gallstone and gallbladder disease. *J Gastrointest Surg* 1998; 2(5): 485-6 <http://www.ssat.com>. [Consulta: 26 ago 2002].
28. **Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons.** Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. *Surg Endosc* 2000; 14(8):771-2. http://www.sages.org/sg_pub6.html. [Consulta: 10 set. 2002].
29. **Society for Surgery of the Alimentary tract.** Surgical repair of groin hernias. <http://www.ssat.com/guidelines/hernia6.htm>. [Consulta: 10 set. 2002].
30. **American Society of Plastic Surgeons.** Gynecomastia. <http://www.guideline.gov>. [Consulta: 11/9/02].
31. **American Society of Colon and Rectal Surgeons.** Practice parameters for the treatment of hemorrhoids. <http://www.guidelines.gov>. [Consulta: 11/11/02]
32. **Young D.** Acute pain management. University of Iowa Ger Nursing Interventions Center. <http://www.guidelines.gov>. [Consulta: 12/11/02]
33. **American Society of Colon and Rectal Surgeons.** Practice parameters for ambulatory anorectal surgery. 1991 (reaffirmed 1998-1999). <http://www.guidelines.gov> [Consulta: 5/11/02]
34. **Davis JE.** Major ambulatory surgery of the general surgical patient. *Management of breast disease and hernia of the abdominal wall.* *Surg Clin North Am* 1987; 67(4): 733-60
35. **Bard C.** Perioperative Management. San Diego Health Care System. Core subjects. <http://www.fascrs.org> [Consulta: 2/3/03]
36. **Klimberg IW, Locke DR, Dersch MW, Taub HC.** TURP as same-day surgery. *Contemporary Urology*; nov1996. http://www.contemporaryurology.com/be_core/u/sections/c_past_issues/index.jsp?navtype=u&showPoll=no&filename=<filename/>. [Consulta: 26 ago. 2002].
37. **Lawrence K, Mc Whinnie, Goodwin A, Gray A, Gordon J, Storie J et al.** An economic evaluation of laparoscopic versus open inguinal hernia repair. *J Public Health Med* 1996;18(1): 41-8.
38. **Farinas LP, Griffen FD.** Cost containment and totally extraperitoneal laparoscopic herniorrhaphy. *Surg Endosc* 2000;14(1): 37-40.
39. **Rose K, Waterman H, Toon L, McLeod D, Tullo A.** Management of day-surgery patients with cataract attending a peripheral ophthalmic clinic. *Eye* 1999; 13(Pt 1): 71-5.
40. **Cresswell PA, Allen ED, Tomkinson J, Chapman FM, Pickering S, Donaldson LJ.** Cost effectiveness of a single-function treatment center for cataract surgery. *J Cataract Refract Surg* 1996; 22(7): 940-6.
41. **Towle A.** Changes in health care and continuing medical education for the 21st century. *BMJ* 1998; 316(7127):301-4.
42. **Haycock J, Stanley A, Edwards N, Nicholls R.** Changing hospitals. *BMJ* 1999; 319(7219): 1262-4.