

Laparoscopia ginecológica y cirugía mayor ambulatoria: visión desde el otro lado

T. Pérez-Medina

Hace unos días ocurrió un hecho en el hospital en el que trabajo que me hizo reflexionar:

El padre de una mujer de 22 años preguntaba cómo era posible que a su hija le hubieran «abierto la tripa como a un cochino» para extirpar un «quistecito» cuando le habían dicho que dicha extirpación se realizaría por medio de una operación que le permitiría volver a su casa en unas horas. A pesar de explicarle que, a veces, la laparoscopia presenta problemas difíciles de resolver y que, por la seguridad de su hija, el cirujano prefirió abrir, el hombre persistía en su actitud manejando palabras como *vergüenza, engaño, tercermundismo*, etc.

Esta historia viene a cuento de los grandes beneficios de la tan traída y llevada cirugía mayor ambulatoria (CMA), tan en boga en los últimos años.

No voy a ser yo quien ponga en duda estos beneficios, pero me veo obligado a exponer una serie de dudas que constantemente me rondan la cabeza, en especial cuando esa CMA implica a la laparoscopia ginecológica.

En primer lugar, es frecuente que los pacientes y sus familiares trivialicen la cirugía realizada con la creencia de que, «si se va a casa, poco tendría». Todos sabemos que si «me hicieron una raja así de grande y estuve 7 días ingresada» la enfermedad era «gravísima» y el cirujano que la operó prácticamente «le salvó la vida».

En segundo lugar, a pesar de que uno de los fundamentos de la CMA se basa en el aserto de que las pacientes se recuperan mejor en su ambiente, es frecuente el caso de los familiares que prefieren que la paciente se quede ingresada uno o más días, «por seguridad», ya que, o bien les da miedo que pase algo en casa o bien no se sienten capaces de atenderla con garantías. Asimismo, la paciente muchas veces se asusta de acudir a su domicilio. En ambos casos, se acusa de forma insidiosa al hospital, a la Consejería o incluso al cirujano (*sic*) de que lo que realmente se quiere es ahorrar a su costa.

De esta manera, una complicación surgida durante la realización de una laparoscopia CMA es mucho menos aceptable que la que ocurre en cirugía abierta. El «¿y por qué no la abrieron desde el principio?» surge indefectiblemente de forma acerba de la boca de los familiares al ser informados de la reconversión.

Llego a la conclusión de que, haga lo que haga, siempre podrá ser como poco menospreciado por la paciente y su entorno y, a veces, criticado cuando las cosas no van exactamente como se planearon. Si va bien, es lo normal, pero si algo va mal, prepárense ustedes. Nadie repara en los cientos de horas de estudio y práctica que hay tras cada una de las laparoscopias realizadas, con el *único* propósito de hacer mejor las cosas para las pacientes.

Visto desde el lado de la gestión, me sorprendió que en una junta de hospital todavía había personas que mantenían que el quirófano de CMA había tenido un índice de ocupación bajísimo, a pesar de tener una media de 4,6 intervenciones por sesión. Al intentar explicar que necesariamente al haber más cambios tiene que haber menos tiempo de ocupación, se persistía en la idea de que este índice es el que rige en la actualidad con lo que habría que aumentar el número de enfermas que operar por sesión, algo a todas luces injusto y peligroso. Lo que en la unidad se consideraba como un trabajo bien hecho del que nos sentíamos orgullosos, se convertía de buenas a primeras en un trabajo deficiente. También fuimos informados de que la estancia media por paciente había aumentado, algo que no nos podíamos explicar hasta que nos dijeron que la CMA no computa «todavía» para este índice, por lo que todas estas pacientes que antes pasaban una noche ingresadas, pasaban a no contar, lo que nuevamente redundaba en nuestro perjuicio, algo que se agravaba por tener menor ocupación de camas. Es verdad que se abre camino el índice de ambulatorización para medir este cambio en los modos de ci-

466 rugía, pero también es verdad que, para determinar este mismo año los hospitales *top-ten*, se ha excluido en los criterios de excelencia la práctica de la laparoscopia “por ser difícil de computar”.

Todos sabemos que son técnicas bonitas, agradecidas y lucidas, pero no es menos cierto que, a diferencia de otras especialidades con programa de CMA, trabajamos dentro del abdomen, lo que incrementa mucho la gravedad de las complicaciones

(sólo los cirujanos saben el agobio que se pasa en estos casos), el aprendizaje es personal, largo y difícil y, además, se hace sin ningún tipo de incentivos.

Si los pacientes no perciben sus beneficios, los gestores lo ven como una complicación, y los cirujanos y los anestesiólogos tienen las dificultades antes expuestas, ¿puede alguien decirme quién percibe el beneficio de la CMA?

FE DE ERRORES

En el artículo titulado “Metástasis endometrial de carcinoma lobulillar de mama” publicado en PROGRESOS DE OBSTETICIA Y GINECOLOGÍA. 2005;48(6):303-7, se han detectado 2 errores:

El nombre correcto del quinto autor es JF García.

El pie de lla figura 4 corresponde a la figura 5 y viceversa.