



REVISTA DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA

www.elsevier.es/pr



CIRUGÍA TORÁCICA II: OPTIMIZACIÓN DE LA ESTANCIA OPERATORIA EN CIRUGÍA TORÁCICA

Cirugía mayor ambulatoria en cirugía torácica: aportaciones que permiten optimizar la estancia hospitalaria

R. Moreno Blasalobre

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

Introducción

La expresión “cirugía mayor ambulatoria” se acuñó en 1986 con la publicación por Davis de un tratado con el mismo título.

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) ha tenido muchas definiciones y en ocasiones se la ha confundido con otro tipo de cirugías de corta estancia. Quizá la más acertada es aquella que la define como la atención a procesos quirúrgicos realizados bajo anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no se necesitan ingresos hospitalarios y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento.

Se diferencia, así, de la cirugía de corta estancia (CCE) en que ésta desarrolla su programa de trabajo resolviendo procedimientos de cirugía mayor con estancias hospitalarias de entre 1 y 3 días. Es decir, utiliza la infraestructura hospitalaria durante el menor tiempo posible, sin disminuir la seguridad ni la calidad ofrecida a los pacientes.

La CMA podría considerarse como la fase final de un proceso de acortamiento de la estancia hospitalaria en el tratamiento de algunas patologías intervenidas habitualmente en régimen de hospitalización, de tal manera que el objetivo de esta cirugía ambulatoria sería minimizar al máximo la estancia hospitalaria, con una mayor satisfacción del paciente y un ahorro económico sin perder la calidad asistencial.

El criterio fundamental que define a esta cirugía no ha de ser la necesidad de no mantener ingresado al paciente ni el tipo de anestesia a utilizar, sino la filosofía tendente a practicar una “cirugía” con cuidados similares a la convencional, reduciendo al máximo la agresión quirúrgica e incorporar nuevos medios y/o avances tecnológicos médico-quirúrgicos.

Esta actitud, asociada a la calidad asistencial y no al tiempo de hospitalización, ha de ser la base de la seguridad para el enfermo.

La expresión “cirugía de alta precoz” ya ha quedado desahuciada, ya que esta última palabra puede dar a entender un alta antes de tiempo, e incluso antes de lo indicado. Nunca más lejos de la realidad, puesto que el “alta” debe ser cuando corresponda o deba darse en cada situación.

De cualquier forma, lo fundamental es ofrecer calidad técnica y asistencial, de manera que la seguridad, la morbilidad y los reingresos sean menores o al menos equivalentes a los que se producen en aquellos pacientes con hospitalización convencional.

Estos procedimientos conllevan una serie de ventajas e inconvenientes que se ven más o menos acentuados en función de que la cirugía se realice sin hospitalización o con una mínima estancia.

Ventajas

- Disminución evidente de la infección nosocomial.
- Atención más individualizada.
- Cambios mínimos en el estilo de vida de los pacientes.
- Disminución de la sensación de enfermedad y retorno precoz a la actividad laboral.
- Reducción de costes hospitalarios.
- Aumento de eficiencia.

Inconvenientes

- Asunción por parte del paciente en determinados modelos sanitarios de algunos gastos hospitalarios.
- Algunos pacientes no disponen de una adecuada asistencia en el domicilio.

- Falta de disponibilidad de todos los medios en caso de urgencia, aunque éste resulta un inconveniente relativo, por el tipo de patología que se está tratando.

Cirugía mayor ambulatoria en cirugía torácica

Resulta evidente que la CMA ha sido el proceso que ha tenido un mayor desarrollo entre todas las alternativas aparecidas en los últimos años a la hospitalización convencional, llegándose en España a índices de sustitución globales del 35%, como ya se ha comentado. Sin embargo, pocos estudios en este sentido han aparecido en la literatura refiriéndose a la cirugía torácica, dado su escaso desarrollo en esta especialidad.

Las razones que podrían justificar este menor desarrollo se agrupan en:

Razones médicas

- Complejidad anatómica.
- Recuperación postoperatoria prolongada.
- Complicaciones potencialmente graves.
- Necesidad de drenaje torácico con presión negativa.
- Dolor posquirúrgico.

Razones no médicas

- Menor presión de lista de espera.
- Falta de incentiación para asumir mayor responsabilidad médico-legal.
- Baja demanda de parte de los pacientes.

La viabilidad de realizar una mediastinoscopia en pacientes sin ingreso ha sido probada por algunos autores con gran éxito, pero aún existen numerosos grupos donde se realiza con el paciente ingresado.

En el año 1998, el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario de la Princesa presentó en el XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), celebrado en Madrid, el primer Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria en un Servicio de Cirugía Torácica en España (Pun, 1998 #83), proyecto que atrajo a otros grupos a desarrollar más tarde programas similares.

La aparición de la videotoroscopia (CVT) como procedimiento mínimamente invasivo se ha convertido en la vía de abordaje para un gran número de actuaciones en cirugía torácica. Resulta cada vez más indicada para realizar biopsias pulmonares en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), biopsias de nódulos pulmonares, resección y biopsia de lesiones mediastínicas, timectomías, resección de tumores costales, etc. Pero quizás la simpatectomía torácica por CVT haya sido el procedimiento que más protagonismo ha adquirido en CMA para el manejo y tratamiento definitivo de la hiperhidrosis palmar, axilar y facial, con índices de sustitución de hasta el 70%.

Por otro lado, un gran número de procedimientos con sedación o bajo anestesia general, en el contexto de la patología respiratoria, se han incluido en la cartera de servicios de algunas UCMA. Así, la broncofibroscopia diagnóstica, las punciones transbronquiales (PTB) diagnósticas o para la estadificación del carcinoma broncogénico, la revisión de prótesis endobronquiales y la aplicación de láser, las punciones bajo control de TAC, etc., se están llevando a cabo en régimen de CMA.

La realización de un mayor número de procedimientos por cirugía mayor ambulatoria, como modelo alternativo a la cirugía con ingreso en el tratamiento de procesos quirúrgicos torácicos, se ha ido incorporando paulatinamente, con muy buena aceptación y muchas perspectivas de futuro.

Criterios de inclusión

Criterios quirúrgicos

Se recomienda que los procedimientos que se realicen por CMA deban ser:

1. Procedimientos de duración preferiblemente de menos de 1 h.
2. Procedimientos para patología pleural o mediastínica que no requieran cirugía sobre el parénquima pulmonar, por lo que se excluyeron en un comienzo las biopsias pulmonares. En la actualidad no lo son, apareciendo cada vez más grupos que las incluyen en régimen de CMA.
3. Procedimientos que no precisen grandes disecciones (que suponen poca probabilidad de hemorragia e intenso dolor postoperatorio).
4. Procedimientos que no precisen drenaje pleural durante más de 2 o 3 h.

Las patologías a incluir siguiendo estos criterios para realizar por CMA como cirugía ambulatoria serían en la actualidad las siguientes:

1. Mediastinoscopia
 - Estadificación de cáncer de pulmón.
 - Biopsia de masas o adenopatías mediastínicas.
2. Mediastinotomía anterior
 - Estadificación de cáncer de pulmón.
 - Biopsia de masas mediastínicas anteriores.
3. Toracoscopia video-asistida
 - Simpatectomía dorsal en hiperhidrosis palmar.
 - Biopsia de masas mediastínicas.
 - Estadificación de cáncer de pulmón.
 - Biopsia o resección de pequeñas masas pleurales.
 - Biopsias pulmonares.
4. Toracoscopia convencional
 - Biopsia pleural en pequeños derrames estables.
 - Biopsia de masas pleurales.
5. Miscelánea
 - Biopsia costal.
 - Resección de pequeñas lesiones benignas parietales.
 - Punciones transbronquiales.
 - Broncoscopia diagnóstica y terapéutica.
6. PAAF de lesiones pulmonares bajo control de TAC.

Todos estos procedimientos quedan definidos dentro del nivel II de la clasificación de Davis (1987):

- Nivel I: procedimientos realizados en consultas externas con anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios especiales (cirugía menor).
- Nivel II: procedimientos de cirugía mayor que requieren cuidados postoperatorios específicos sin ingreso hospitalario (CMA).
- Nivel III: cirugía que necesita hospitalización.
- Nivel IV: cirugía que precisa de cuidados muy especializados o críticos.

Criterios médicos

- No variar la calidad asistencial del paciente.
- Se consideran aptos los pacientes ASA I, II, incluso los III con patología asociada estable en el momento de la intervención, y IV no descompensados.
- La edad, en nuestra Unidad, se ha establecido entre los 15 y los 90 años, sin ser de limitación estricta; se considera que los pacientes con patología asociada descompensada y/o situación social difícil contraindican la práctica de esta modalidad quirúrgica.

Criterios personales

- Aceptación del propio paciente para ser incluido en un programa de CMA tras una detallada información.
- Buena relación médico-paciente, más directa y mejor controlada.
- El enfermo debe entender las órdenes pre y postoperatorias, y ser capaz de asumir las molestias y el dolor leve-moderado postintervención con la medicación oral pautada para su domicilio.
- Por último, aspectos puntuales como una participación voluntaria en el proceso, que sea cooperador, resultan clave para ser incluidos en el programa de CMA.

Criterios sociofamiliares

- El paciente debe contar con una persona adulta, capaz y responsable, para atenderlo en su domicilio durante las primeras 24-48 h después de la intervención.
- Es aconsejable que este acompañante reciba la misma información que el paciente, tanto oral como escrita, sobre el procedimiento a realizar y sobre todo entender y asumir las instrucciones tras el alta, dejando constancia firmada de ello.
- Disponer de teléfono y ascensor, a ser posible, en su domicilio. Éste debe reunir las condiciones básicas de higiene y salubridad junto a un cierto grado de comodidad, necesarias para el momento del retorno del enfermo en el postoperatorio inmediato.
- El tiempo para llegar desde su domicilio a la Unidad o al Servicio de Urgencias del hospital en vehículo convencional debe estar en torno a los 30-60 min o hallarse a una distancia de entre 45 y 60 km.

El hecho de tratarse de normas generales obliga a la valoración particular de cada caso o situación que se nos pueda presentar antes de decidir la exclusión definitiva del programa

de CMA. La imposibilidad de satisfacer estos criterios conlleva la no inclusión del paciente en un programa de CMA.

Criterios de exclusión

Se encuentran básicamente en relación con las contraindicaciones médico/anestésicas y se dividen en 2 grupos:

1. Absolutas

- Retraso mental profundo, sobre todo si no se dispone de una correcta atención domiciliaria.
- Infección respiratoria.
- Temperatura superior a 38 °C.
- Pacientes en shock.
- Cardiopatía isquémica con dolor.
- Anticoagulación oral.
- No disponibilidad de un adulto responsable para la adecuada atención pre y postoperatoria del paciente.

2. Relativas o parciales

- Infección de vías respiratorias altas.
- Pacientes muy obesos.
- Asmáticos mal controlados.
- Anemias graves.
- Personas con patologías múltiples.
- Distancia y tiempo excesivos al domicilio del paciente.

Además de lo comentado, existen determinados pacientes que es recomendable excluir de la CMA, como son:

- Drogodependientes, por las características intrínsecas de ellos y de su entorno.
- Psiquiátricos, por su labilidad psicosocial.
- Los pacientes que después de las explicaciones oportunas demuestren cualquier tipo de reserva respecto al método ambulatorio. Todos ellos deben aceptar el sistema de forma absoluta.

No obstante, estos enfermos deben ser valorados individualmente para decidir si son o no incluidos en el programa ambulatorio de cirugía.

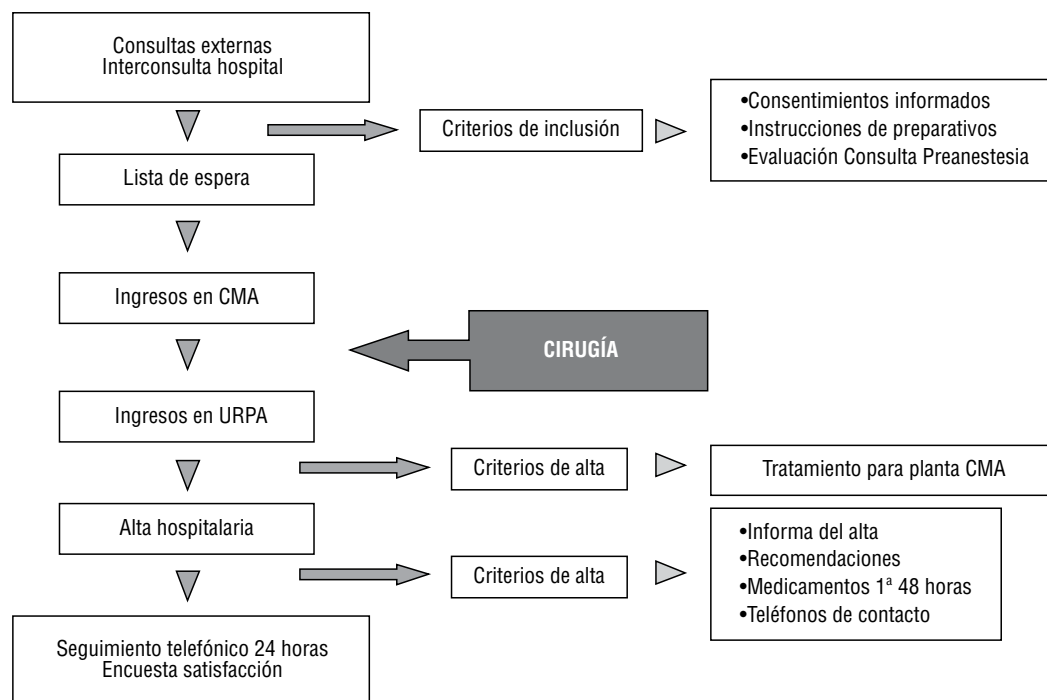
Así, resulta imprescindible que el paciente crea en el método y esté convencido, tras una correcta y adecuada información, de que esta modalidad quirúrgica es la mejor forma de tratar su patología y para ello debe mostrar una actitud positiva.

Circuito de cirugía mayor ambulatoria en cirugía torácica (fig. 1)

Tras la selección del paciente los enfermos son citados por teléfono para el día y hora de su presentación en la Unidad.

El día de la intervención los pacientes acuden a primera hora de la mañana a la Unidad para intervención quirúrgica.

Deben presentarse en ayunas, aseados, sin prótesis ni joyas, con su medicación habitual y acompañados de un adulto responsable con vehículo propio.

Circuito de CMA en cirugía Totácica**Figura 1** Circuito de cirugía mayor ambulatoria en cirugía torácica.

En la Unidad son atendidos por personal sanitario que les indica cómo prepararse adecuadamente. Se procede al repaso de los datos personales y de la historia clínica, toma de constantes, estado actual y preparación del campo quirúrgico.

Tras la intervención quirúrgica el paciente es trasladado a la Unidad de Reanimación Postoperatoria (URPA), donde es controlado por el médico anestesista y personal de enfermería hasta la recuperación anestésica, estabilidad hemodinámica, ausencia de signos de depresión respiratoria y de hemorragia.

En la URPA se lleva a cabo un exhaustivo control para disminuir la morbilidad mediante:

- Control de la función cardiorrespiratoria.
- Control del grado de reversión del bloqueo neuromuscular.
- Control del grado de recuperación del nivel de conciencia.
- Tratamiento de las posibles alteraciones posquirúrgicas:
 - Dolor postoperatorio.
 - Náuseas y vómitos.
 - Depresión respiratoria.
 - Patología vascular.

Criterios de alta

Se establecen como criterios de alta de la URPA:

- Recuperación de la conciencia y de los reflejos de la vía aérea superior.
- Ausencia de dolor, náuseas-vómitos, hemorragia u otras complicaciones.

- Estabilidad hemodinámica y respiratoria, atendiendo a la siguiente puntuación según la Escala de recuperación de Aldrete modificada:

- Conciencia
 - 2 = consciente.
 - 1 = responde si se le llama.
 - 0 = no responde.
- Respiración
 - 2 = respira y tose.
 - 1 = disnea o respiración limitada.
 - 0 = apneico.
- Circulación
 - 2 = tensión arterial \geq 20% del período preanestesia.
 - 1 = tensión arterial \geq 20-50% del período preanestésico.
 - 0 = tensión arterial \geq 50% del período preanestésico.
- Color de la piel
 - 2 = rosado.
 - 1 = pálido, lívido o moteado.
 - 0 = cianótico.
- Actividad física
 - 2 = capaz de mover las 4 extremidades.
 - 1 = capaz de mover 2 extremidades.
 - 0 = incapaz de moverse.

Los criterios para aquellos pacientes en los que se han realizado procedimientos con anestesia local son:

- Recuperación de la capacidad motora.
- Recuperación de la capacidad sensitiva.
- Tensión arterial estable sin agentes vasopresores.

Ya en la habitación de la Unidad, tras ser dado de alta en la URPA, se inicia la readaptación del paciente al medio, permaneciendo hasta su total recuperación. El objetivo de este período es preparar al paciente para el alta a su domicilio.

En su readaptación al medio debemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Presencia de una persona responsable que cuide y vigile al paciente.
- Movilidad: al cabo de una hora se incorporará en la cama, y si no hay vértigos o mareos se pasa al sillón, iniciándose la deambulación cuando se encuentre despejado y tolere la alimentación por vía oral.
- Dieta: oral de líquidos claros (agua, infusiones, etc.) tras 1-2 h, valorándose pasados 30 min la aparición de náuseas y/o vómitos.
- Vía venosa: se retira al tolerar dieta oral y deambular.
- Tratamientos específicos: además de los generales, comunes a todos los pacientes, debemos prestar atención a los aspectos propiamente quirúrgicos de la intervención (hemorragia y dolor).
- Tiempo de estancia: según la intervención y la particular evolución de cada paciente.

Para que el paciente pueda ser dado de alta de la Unidad a su domicilio es necesario que se cumplan las siguientes condiciones clínicas:

- Constantes hemodinámicas estables.
- Orientación temporo-espacial.
- Ausencia de signos de depresión respiratoria.
- Capacidad para vestirse y deambular con ayuda relativa.
- Ausencia de dolor o dolor moderado y controlable.
- Ausencia o mínima hemorragia de la herida.
- Ausencia de náuseas y vómitos.
- Buena tolerancia oral.
- Diuresis espontánea.

Antes de su salida del hospital y de volver a su domicilio a todo paciente se le debe facilitar un documento de alta con las recomendaciones postoperatorias oportunas:

- Fecha, hora y lugar de la primera visita o cura.
- Folleto informativo sobre cuidados postoperatorios:
 - Reposo relativo durante las primeras 24 h.
 - No fumar hasta 12-24 h del alta.
 - Analgesia y medicación.
- En las 48 h siguientes:
 - No ingerir bebidas alcohólicas.
 - No conducir ni utilizar maquinaria alguna.
 - No realizar actividades peligrosas.
 - Teléfono de contacto durante 24 h al día para posibles dudas, complicaciones o sugerencias.
 - Se le entrega citación para que acuda a revisión en consultas externas a los 7 días.

El control domiciliario, realizado telefónicamente desde la Unidad, a las 24 h siguientes de la intervención permite conocer las posibles complicaciones, así como la eficacia de la medicación pautada en cada caso.

Diseñar un circuito de atención al paciente, tras su alta hospitalaria, resulta clave en el éxito de este tipo de cirugía y ello se puede estructurar en 2 apartados:

1. Asistencia convencional: se realiza una llamada telefónica al domicilio del paciente a las 24 h. De esta manera se consigue:

- Mayor tranquilidad y confianza del paciente.
- Fácil contacto del enfermo con la Unidad ante las posibles incidencias, dudas o problemas menores.
- Detección precoz de problemas.
- Comprobar el entendimiento y seguimiento de las instrucciones dadas al paciente en el momento del alta.

2. Asistencia en situaciones especiales:

- En aquellos casos que necesiten una solución rápida, el paciente debe disponer de una línea telefónica específica y atendida por un médico de la Unidad, quien a través de la misma pueda resolver la situación o ante la aparición de determinada sintomatología remitirlo al Servicio de Urgencias del hospital o recurrir a las Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD).
- Cuando la situación del paciente entraña riesgo vital debe ser atendido en los servicios hospitalarios de urgencia.

Todo lo descrito produce un mayor bienestar y satisfacción al enfermo, reduciendo los ingresos no programados.

Conclusión

Los programas de CMA han demostrado su eficiencia en otras especialidades. La realización de un mayor número de procedimientos por CMA, como modelo alternativo a la cirugía con ingreso en el tratamiento de procesos quirúrgicos torácicos, se ha ido incorporando paulatinamente, con muy buena aceptación y muchas perspectivas de futuro. Un objetivo prioritario ha sido desde el inicio evitar las complicaciones, entre ellas el dolor. Conceptos básicos son: la correcta selección de pacientes y procedimientos, la información al paciente de todo el proceso y circuito a seguir y el seguimiento postoperatorio eficaz por parte de la Unidad, bien sea ambulatorio o en ciertos procedimientos donde ha sido necesaria la intervención de los servicios de atención primaria. Todo esto hará que la aceptación de los pacientes sea alta y aumente de forma extraordinaria el grado de satisfacción.

Bibliografía recomendada

- Aldrete J, Kronlik D. A postanesthetic recovery score. *Anesth Analg.* 1970;49:924-34.
- Chang A, Yee J, Orringer M, et al. Diagnostic thoracoscopic lung biopsy: an outpatient experience. *Ann Thorac Surg.* 2002;74:1942-6.
- Davis JE. Cirugía mayor en pacientes ambulatorios. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica.* 1987;4:685-707.

- Davis JE. Major Ambulatory Surgery. Baltimore: Williams & Wilkins; 1986. p. 274-82.
- Fatas Cabeza J. Cirugía de corta estancia. Guía para la planificación y desarrollo de un programa de cirugía mayor ambulatoria. Madrid: Zeneca Farma; 1997. p. 175-85.
- Molins L, Fibla J, Pérez J, et al. Outpatient thoracic surgical programme in 300 patients: clinical results and economic impact. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2006;29:271-5.
- Moreno Balsalobre R, Wah Pun Tam Y, Fernández Fau L, Roses R. Cirugía mayor ambulatoria en cirugía torácica. Manual de Anestesia y Medicina Perioperatoria en Cirugía Torácica. Ramón Moreno Balsalobre, Fernando Ramasco Rueda. Ediciones Ergón; 2009.
- Nicoll J. The surgery of infancy. *Br Med J*. 1909;2:753-4.
- Pun Y, Moreno Balsalobre R, Prieto J, et al. El programa de cirugía mayor ambulatoria en un servicio de cirugía torácica. *Arch Bronconeumol*. 1998;34:97S.
- Souilamas R, D'Attellis N, Nguyen-Roux S, et al. Outpatient video-mediastinoscopy. *Interactive Cardiovasc Thorac Surg*. 2004;3:486-8.
- Valliéres E, Page A, Verdant A. Ambulatory mediastinoscopy and anterior mediastinotomy. *Ann Thorac Surg*. 1991;52:1122-4.