

La cirugía mayor ambulatoria

En el momento actual, tanto los sistemas sanitarios de financiación pública como privada deben actuar con el principio básico de administrar adecuadamente unos recursos finitos con los que deben proveer o producir al paciente/usuario unos servicios que unan a la calidad, objetivo primordial, el menor coste posible.

Desde antiguo se venía identificando como *cirugía ambulatoria* la que se podía realizar con anestesia local, pero el desarrollo de técnicas quirúrgicas menos invasivas, procedimientos anestésicos regionales o de rápida recuperación de las funciones autónomas, tratamientos de control postoperatorio del dolor de fácil administración, las mejores condiciones de habitabilidad de las viviendas, la universalización del automóvil, las características del transporte público y el desarrollo de nuevas tecnologías de la comunicación han facilitado la aparición de un nuevo concepto: *la cirugía mayor ambulatoria*.

Dentro de este nuevo concepto es precisamente nuestra especialidad, la Cirugía Ortopédica y Traumatología, donde tiene más amplias posibilidades de desarrollo.

Organizaciones con mayor tradición en la gestión clínica que la nuestra han venido desarrollando estos procedimientos de cirugía sin ingreso desde hace tiempo y las posibilidades de inclusión de nuevos procesos parece no tener fin; baste recordar procedimientos que hoy realizamos habitualmente como la cirugía del antepié, las reconstrucciones del hombro, la cirugía ligamentosa de la rodilla, lo lejos que estaban de nuestro criterio y los recursos hospitalarios que consumían hace muy pocos años, y las continuas referencias bibliográficas que tenemos en la actualidad de las artroplastias mínimamente invasivas de rodilla y cadera.

El doctor García-Casas y sus colaboradores nos demuestran en su artículo que es posible realizar la cirugía de reconstrucción del ligamento cruzado anterior en programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) manteniendo las mismas condiciones de garantía de calidad y seguridad que con los procedimientos tradicionales, y a la vez conseguir la «cuadratura del círculo» con un menor coste económico y con la misma satisfacción por parte de los pacientes intervenidos.

Para ello es fundamental plantear un protocolo con unos criterios de inclusión claros, una adecuada información al paciente y sus familiares y una colaboración interdisciplinaria con el Servicio de Anestesiología y la Enfermería para dar cobertura a los posibles puntos problemáticos en el circuito de CMA que va desde la visita prequirúrgica a la revisión después de la intervención.

Como manifiestan los autores se debe garantizar el tratamiento analgésico que se verá facilitado por una metódica infiltración de la articulación y de las heridas quirúrgicas con anestésicos locales. También es muy importante asegurar al enfermo el contacto telefónico permanente con el equipo quirúrgico y las entrevistas de seguimiento por parte del personal de enfermería.

Es importante resaltar entre sus conclusiones, en comparación con otros autores, la determinación del ahorro económico que puede parecer en principio pequeño pero habla a favor del rigor en la elaboración del trabajo, de la existencia de sistemas poco comparables, sobre todo en la financiación, y de la situación real de las unidades de CMA que precisan algún aporte mayor de personal de enfermería.

Nuestra experiencia se inicia en el año 1999 con la creación de una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital Clínico de Madrid dotada de dos quirófanos, sala de reanimación, sala de readaptación al medio y consultas externas.

En esta unidad trabajan los Servicios quirúrgicos en jornadas de mañana y tarde, realizando las funciones de Coordinador un Cirujano General y existiendo la figura de un coordinador de Anestesia y una supervisora de Enfermería.

Se dio mucha importancia al diseño del circuito de los pacientes, que consideramos que es una de las claves del éxito y de la buena respuesta y satisfacción por parte de los pacientes. Se realiza sistemáticamente una consulta de enfermería prequirúrgica donde se explican las condiciones de la Unidad y se analiza el cumplimiento de los criterios de inclusión en la misma. Asimismo se garantiza un sistema de comunicación con el cirujano o Servicio en las primeras 24 horas a través de telefonía móvil o centralita del Hospital, y al día siguiente se efectúa una entrevista con seguimiento del postoperatorio y aclaración de las cuestiones que plantea el paciente intervenido.

Iniciamos nuestra actividad con cirugía de la mano, sobre todo cirugía de las vainas y descompresiones nerviosas periféricas, procedimientos en el antepié y Cirugía artroscópica simple, así como extracciones de material de síntesis.

Debido al desarrollo de técnicas anestésicas de carácter regional y de más fácil recuperación hemos ido incorporando a

nuestra actividad procedimientos más complejos hasta la actualidad, en que realizamos la cirugía del espacio subacromial y de la inestabilidad en el hombro y las plastias ligamentosas en la rodilla.

En los primeros años, la proporción entre la actividad en CMA y la programada total rondaba el 20%-25%, mientras que desde el año 2002 y debido a la incorporación de los nuevos procedimientos está en el 35%, siendo además mayor la proporción de los nuevos procesos en relación a las actividades anteriormente habituales.

Como nos hemos referido anteriormente y la experiencia lo respalda, cada vez estaremos en condiciones de realizar mayor número de intervenciones en régimen de cirugía sin ingreso o CMA asegurando la calidad de los procedimientos, no afectando a la seguridad del proceso, consiguiendo una alta satisfacción por parte de los pacientes y garantizando una eficiente administración de los escasos recursos de que disponemos.

Para ello deben realizarse protocolos en colaboración con las partes que intervienen en esta actividad, Servicio de Anestesiología y personal de enfermería que delimiten unos criterios de inclusión, información permanente al paciente, cobertura adecuada de la analgesia postoperatoria y una garantía de comunicación fluida y rápida entre el equipo quirúrgico y el paciente.

Estamos ahora en un momento que dista mucho de aquel en que empezamos, nuestros criterios en relación a la cirugía mayor sin ingreso están basados en la calidad y en la seguridad del proceso. Además, nuestra responsabilidad obliga a disminuir la carga económica para el sistema en procedimientos que pueden ser susceptibles de programas ambulatorios, lo que necesariamente debería producir la reinversión de estos recursos ahorrados en otras actividades de nuestro medio necesitadas de aporte financiero. A continuación se cita la bibliografía recomendada referente al tema de la cirugía mayor ambulatoria.

L. López-Durán Stern y R. Otero-Fernández

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

BIBLIOGRAFÍA

- Baldi R, Lazzarato M, Masiero A, Mandini A. La Chirurgia ambulatoriale maggiore: modelli organizzativi. *Epidemiologia e prevenzione* 1992;52:39-43.
- Barber FA, Herbert MA. The effectiveness of an anesthetic continuous-infusion device on postoperative pain control. *Arthroscopy* 2002;18:76-81.
- Berry D, Berger RA, Callaghan JJ, Dorr LD, Duwelius PJ, Hartzband MA, et al. Symposium: Minimally invasive total hip arthroplasty. Development, early results and a critical analysis. *J Bone Joint Surg Am* 2003;85A:2235-46.
- Clough TM, Sandher D, Bale RS, Laurence AS. The use of a local anesthetic foot block in patients undergoing outpatient bony forefoot surgery: a prospective randomized controlled trial. *J Foot Ankle Surg* 2003;42:24-9.
- Ekman EF, Koman LA. Instructional Course Lecture. Acute pain following musculoskeletal injuries and orthopaedic surgery. Mechanisms and management. *J Bone Joint Surg Am* 2004;86A:1316-27.
- Forsblad M, Weidenhielm L. Knee arthroscopy in local versus general anaesthesia. The incidence of rearthroscopy. *Knee Surg, Sports Traumatol, Arthrosc* 1999;7:323-6.
- Fruensgaard S, Johannsen HV. Outpatient arthroscopy of the Knee under local anaesthesia. *Int Orthop* 1990;14: 37-40.
- Gabbay J, Francis L. How much day surgery? Delphic predictions. *BMJ* 1988;297:1249-52.
- Hanley E, Green NE, Spengler DM. The Orthopaedic Forum. An AOA Critical Issue: less invasive procedures in spine surgery. *J Bone Joint Surg Am* 2003; 85A:956-61.
- Hoenecke HR, Pulido PA, Morris BA, Fronck J. The efficacy of continuous bupivacaine infiltration following anterior cruciate ligament reconstruction. *Arthroscopy* 2002;18:854-8.
- Jarrett PEM. Day care surgery. *Eur J Anaesth* 2001;18(Suppl 23):32-5.
- Levy H, Mashoof A. Outpatient open Bankart repair. *Am J Sports Med* 2000;28: 377-9.
- Lewis RA, Buss DD. Outpatient shoulder surgery. A prospective analysis of a perioperative protocol. *Clin Orthop* 2001;390:138-41.
- Malek MM, De Luca JV, Kunkle KL, Knable KR. Outpatient ACL surgery, a review of safety, practicality and economy. *Instr Course Lect* 1996;45:281-6.
- Mayfield J, Carter C, Wang C, Warner JJP. Arthroscopic shoulder reconstruction. Fast-Track recovery and outpatient treatment. *Clin Orthop* 2001; 390:10-6.
- Ranawat ChS, Ranawat AS. Editorial: minimally invasive total joint arthroplasty: where are we going? *J Bone Joint Surg Am* 2003;85A:2070-1.