

Cirugía ambulatoria

Dr. Pablo Matteucci¹

Resumen

Se exponen las principales características de un programa de cirugía ambulatoria.

Por el mismo se brinda a pacientes operados con anestesia local, regional o general en operaciones de baja complejidad, la posibilidad del alta el mismo día de la intervención, cursando el post-operatorio en el domicilio.

Destacamos que el método puede aplicarse con beneficios en el Uruguay, incluyendo el Hospital de Clínicas.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria
Posoperatorio

Summary

The authors the main features of an ambulatory surgery programme.

By means of this programme patients who are to be operated on under local, regional or general anesthesia, in low-complexity operations, are offered the possibility of discharge on the same day of the operation, dealing with post-operative at home. The authors emphasize the fact that this method can be successfully applied in Uruguay, including the Hospital de Clínicas.

Introducción

Estando a cargo interinamente de la Clínica Quirúrgica «F», elevamos a la Dirección del Hospital de Clínicas un proyecto de aplicación de la Cirugía Ambulatoria en la misma.

Por considerarlo de interés general, y de utilidad en nuestro medio, presentaremos el tema, del que no hay referencias en la literatura quirúrgica nacional.

Historia

La cirugía domiciliar se practicó con frecuencia hasta el Siglo XIX, en los principales países del mundo. En el Uruguay, hasta los primeros años de este siglo. Todos hemos visto viejos grabados o fotos donde se documentan intervenciones quirúrgicas efectuadas en mesas de cocina por arremangados cirujanos, actuando en ropa de calle.

Este siglo comenzó con la implantación definitiva de la cirugía hospitalaria. Salvo para procedimientos totalmente menores, los pacientes deben internarse para ser sometidos a las diversas y cada vez más complejas intervenciones quirúrgicas.

El reconocimiento de algunos problemas tales como el acrecentamiento de los costos asistenciales, el incesante aumento de los requerimientos quirúrgicos sin que existiese igual incremento de las disponibilidades hospitalarias y humanas, las largas listas de espera por parte de pacientes a ser sometidos a la cirugía, la subutilización de los recursos, donde en hospitales de alta tecnología en realidad se utilizaban para la atención quirúrgica de pacientes de baja complejidad, determinaron que se estudiase la posibilidad de que una parte de los pacientes a operarse, lo hiciesen en forma ambulatoria.

Aunque hay un lejano precedente (en 1909 en el Hospital Infantil Royal, de Glasgow, Escocia, se habían operado hernias inguinales en niños no operados ⁽¹⁾), fue a partir de 1960 que en los EE.UU. se comenzó a operar pacientes en forma no hospitalaria. En 1961 se presentó el primer programa moderno en el Bittenworth Hospital de Gran Rapids (Michigan) y al año siguiente en la Universidad de Los Angeles por los doctores Cohen y Dillon ⁽²⁾.

Rápidamente se difundieron las bases programáticas y la cirugía extra hospitalaria fue ganando terreno en diversas áreas. Es así que en 1987 David ⁽²⁾ calculaba que entre el 40 y 45% de los 20 millones de operados ese año en los EE.UU. lo habían hecho sin hospitalización.

En Canadá, el auge es grande. En 1984, en los 8 principales hospitales de la provincia Columbia Britá-

¹ Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «F».
Presentado a la Sociedad de Cirugía el 8 de noviembre de 1989.

Correspondencia: Dr. Pablo Matteucci. Scoseria 2915/101, Montevideo, Uruguay.

nica, de un total de 32.679 operaciones, el 73% se habían hecho en forma ambulatoria ⁽³⁾.

Los países latinoamericanos del área del Caribe, han adoptado desde años el sistema. Colombia fue la pionera, comenzando a practicarse desde 1970 en la provincia Valle del Cauca. Se ha creado un programa nacional de «Sistema de Cirugía Simplificada» (SIC-SIM), cuyos objetivos van desde proyectar hospitales con criterios arquitectónicos aptos para este tipo de cirugía, preparar médicos, enfermeras y auxiliares para el mismo, equiparse de acuerdo a las necesidades y determinar modelos básicos administrativos y de costos ⁽⁴⁾.

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, aplica desde 1974 este procedimiento en carácter de prueba y en la actualidad ha sido adoptado en todas las unidades hospitalarias del Instituto, con considerables ahorros en el renglón hospitalización, en número de camas disponibles y, a mediano plazo ahorrando al evitar la construcción de nuevas unidades hospitalarias ⁽¹⁾.

En otras áreas del mundo aún no se ha comenzado a aplicar la cirugía ambulatoria, por lo menos en forma corriente. Están apareciendo las primeras publicaciones en Rumania, Inglaterra e Israel ⁽¹⁾.

Es un tema de candente actualidad, habiéndose debatido en recientes Congresos Internacionales y Latinoamericanos, especialmente en el Cono Sur.

Quiénes se benefician con el procedimiento

Por definición, la cirugía ambulatoria es un procedimiento de atención médico quirúrgica de baja complejidad, con rápida recuperación anestésica, sin afectación de las funciones básicas (circulatoria, respiratoria, digestiva, renal, medio interno) que permite el alta domiciliaria del paciente el mismo día de la intervención, para su convalecencia y control.

¿Quiénes se pueden beneficiar?

En las primeras publicaciones se ponían una serie de limitaciones: edades, patologías asociadas, condiciones síquicas del paciente y muchas otras más. Los resultados han demostrado que la cirugía ambulatoria puede aplicarse a un gran número de enfermos, con menos limitaciones.

Davis y Sugioka ⁽⁵⁾ dan gran importancia a la evaluación médica y anestesiológica preoperatoria. Deben valorarse para seleccionar:

1) *Edad*. No es aconsejable proceder en edades extremas: recién nacidos, especialmente si hay elementos de prematuridad, o ancianos, aunque se han reportado intervenciones en mayores de 90 años y más. Por otra parte, suelen ser los más viejos, quienes a menudo prefieren volver cuanto antes al hogar.

2) *Factores psicológicos*. Deben ser valorados debidamente. Algunos pacientes muy ansiosos o preocupados por posibles complicaciones, deben ser excluidos.

3) *Enfermedades asociadas*. Según los citados autores, pueden operarse en forma ambulatoria pacientes de Clase I y II según criterio de la Sociedad Americana de Anestesiólogos. La Clase I comprende pacientes que salvo su afección quirúrgica no presentan ninguna otra patología orgánica, funcional, bioquímica o síquica. La Clase II incluye aquellos que tienen una o más patologías moderadas, corregibles, como por ejemplo diabetes tratada, bronquitis crónica controlada, hipertensión de cifras no extremas, obesidad y similares.

4) *Factores sociales y ambientales*. Deben ser correctamente evaluados por asistente social, nurse visitadora o, mejor aun, por el propio cirujano. Deben entrar en consideración el núcleo familiar que cohabita con el enfermo, donde no pueden existir otros pacientes en tratamiento médico, síquico o convalecientes.

Se ha mencionado la distancia del hogar al centro hospitalario de referencia; no deben operarse ambulatoriamente aquellos que vivan a más de una hora de distancia.

La falta de medios en un hogar es un factor excluyente. Por ejemplo se menciona entre otros la falta de teléfono. Creemos que en nuestro país la condición económica del grupo familiar puede ser una limitante absoluta muchas veces.

5) *Patologías a tratarse*. Es cada vez mayor el número de procedimientos que cirujanos y especialistas quirúrgicos realizan en forma ambulatoria, en los diferentes centros donde se practica. Algunos, como cirujanos plásticos, oftalmólogos, otorrinolaringólogos, operan a la mayoría de sus pacientes de este modo.

Puede decirse en general, que se pueden beneficiar todos aquellos pacientes a quienes se les opera sin entrar en las cavidades celómicas (pleural o peritoneal) y cuyo acto operatorio no supere en mucho la hora de duración, debiendo en todos los casos tener una satisfactoria recuperación postanestésica. Como se ve la gama de operaciones a realizar es muy extensa, participando todas las especialidades quirúrgicas.

Ventajas y desventajas del procedimiento

No analizaremos el beneficio económico para el paciente, su hospital y la comunidad en general, ya que escapa a las finalidades de la presente comunicación.

Existen otras ventajas, que se apreciarían funda-

mentalmente si se aplicase el procedimiento en nuestro Hospital Universitario.

En primer lugar, aunque estando brevemente internados, volverían a verse en el Hospital de Clínicas algunas patologías cada vez menos frecuentes, ya que los pacientes portadores de las mismas se dirigen preferentemente a otros nosocomios, donde demora menos el ingreso y tienen una estadía hospitalaria más breve. Es así que estudiantes de medicina volverían a ver frecuentemente fístulas coccígeas, várices simples, pequeñas hernias, lipomas y similares. Los residentes tendrían más oportunidades para su entrenamiento quirúrgico. Por otra parte, quedarían más camas disponibles para internar pacientes de urgencia o portadores de patologías más complejas.

En cuanto al operado en sí, tendría los siguientes beneficios ⁽²⁾:

- Cambiaría en forma mínima su estilo de vida, al tener su postoperatorio en el hogar. Esto permitiría un restablecimiento más rápido, habiéndose comprobado una vuelta más precoz a las tareas.
- Tendría menos riesgos de adquirir una infección hospitalaria, en general provocada por gérmenes altamente resistentes a los antibióticos.
- Se alteraría menos el funcionamiento de la vida familiar.

Pero se han descrito también algunas desventajas. Las mismas se pueden minimizar con una correcta selección de enfermos a incluir en el programa de cirugía ambulatoria, añadiendo una prolija valoración de su grupo familiar.

Debemos mencionar:

- Posibilidad de que ni el paciente ni sus familiares cumplan al pie de la letra las indicaciones médicas o que haya una incertidumbre si surge alguna modificación a lo previsto.
- Ausencia de asistencia médica inmediata, en caso de sobrevenir una complicación.
- No se disponen en el domicilio de todas las infraestructuras de apoyo para ser puestas en marcha rápidamente en caso de que se necesiten.

Modelo de funcionamiento

Es fundamental una muy correcta evaluación preoperatoria. El enfermo deberá ser totalmente estudiado en policlínica y, una vez en condiciones de operarse, debe claramente exponérsele la posibilidad de ser intervenido sin internación. Se le explicarán los alcances, posibilidades y ventajas del procedimiento.

Simultáneamente un asistente social deberá visitar el hogar, ver las posibilidades económicas del mismo, las comodidades existentes, estudiar la integración del núcleo familiar y la posibilidad real de que puedan brindar apoyo y asistencia al operado.

En caso de ser favorable el informe, se deberá plantear nuevamente al paciente el procedimiento a seguirse, pudiendo brindársele apoyo psicológico, aconsejado generalmente.

El enfermo deberá ingresar a las 7.00 horas a un área determinada del Hospital. Será visto por el equipo quirúrgico y anestesiológico y, eventualmente, estudiantes, en caso de tratarse del Hospital de Clínicas. (En caso de hacerse en la Clínica Quirúrgica «F» como se planteó, el área establecida correspondía a los aislamientos de la Sala 3).

Las intervenciones quirúrgicas deberán comenzar dos o tres horas más tarde, pudiéndose realizar las mismas con anestesia local, regional o general. El postoperatorio inmediato, si se utilizó esta última, se realizará en la Unidad de Cuidados Post-Operatorios (Recuperación). Los otros pacientes, y aquellos que se recuperen de la anestesia general, se asistirán luego en la unidad hospitalaria designada para los integrantes del programa de cirugía ambulatoria.

Los enfermos serán trasladados a sus domicilios en ambulancia, a partir de las 19 horas. Serán acompañados por un Residente de Cirugía o una Nurse entrenada, quienes asesorarán al mismo y a su núcleo familiar sobre controles, cuidados y atención a seguir, medicación a proporcionar y se evacuarán todas las dudas e inquietudes.

Al día siguiente de la operación, el mismo residente o nurse volverán a visitar al paciente, controlando la marcha del post-operatorio, impartiendo las nuevas indicaciones a seguir. Una tercera o más visitas podrán ser necesarias, según las circunstancias.

El cirujano volverá a ver al paciente en policlínica. Sin embargo, en muchos medios, se insiste que también él deberá hacer el control domiciliario, además de una llamada diaria telefónica.

Bibliografía

1. **De Mucha-Macias R, Gómez-Garza R.** Cirugía ambulatoria. Salud Publ. Mex. 1986; 28 (3): 271-6.
2. **Davis J.** The major Ambulatory Surgical Center and how it is developed. Surg. Clin. North Am 1987; 67 (4): 671-92.
3. **Roos N.** What is the potential for moving adult surgery to the ambulatory setting? C Maj 1988; 138 (8): 809-16.
4. **Velez-Gil A, Pardo de Velez G.** Investigación de modelos en atención en cirugía: programa «Sistema de Cirugía Simplificada». Educ Med Salud 1984; 18 (3): 274-82.
5. **Davis J, Sugioka K.** Selecting patients for Major Ambulatory Surgical. Surgical and Anaesthesiology evaluations. Surg Clin North Am 1987; 67 (4): 721-32.