



El reto de la cirugía ambulatoria; tendencias actuales

Dra. Carolina Frederico-Avenida*

* Médico-Anestesióloga. Caracas-Venezuela.

Hasta hace algunos años, era obligatorio hospitalizar al paciente para poder llevar a cabo los procedimientos quirúrgicos, garantizando así los cuidados necesarios antes, durante y después de la cirugía. Hoy día, podemos afirmar que un 60-75% de las cirugías son de tipo ambulatorio. Muchos autores han demostrado que de esta manera se logran disminuir notablemente los costos hospitalarios y la incidencia de infecciones nosocomiales; y aumenta el grado de satisfacción del paciente, el cual se sentirá mejor atendido estando en la comodidad de su hogar. En Cirugía Ambulatoria, gracias a los avances de la ciencia y la tecnología, es posible realizar procedimientos mínimamente invasivos; esto permite garantizarle al paciente una rápida recuperación, con menor incidencia de eventos adversos y complicaciones postoperatorias.

En la actualidad, la mayoría de las especialidades quirúrgicas tienen patologías que pueden ser tratadas en forma ambulatoria. En Oftalmología, por ejemplo, más del 90% de sus procedimientos son del tipo ambulatorio, al igual que las especialidades como Cirugía Plástica y Otorrinolaringología; cabe destacar que esta última incluye un gran número de pacientes pediátricos. El auge que han adquirido estas especialidades explica el incremento del porcentaje de las cirugías ambulatorias.

El primer reporte de cirugía ambulatoria se publicó en la revista *British Medical Journal*, a principios del siglo XX, en un artículo llamado «*The surgery of infancy*» en 1909, de JH Nicoll. Un estudio realizado en el hospital de niños *Royal Glasgow Hospital for Sick Children*, basado en una recopilación de 8,988 casos pediátricos en un período de 10 años, en el que se muestra que la cirugía ambulatoria es satisfactoria para varios procedimientos quirúrgicos⁽¹⁾.

Es partir de los años 60 es que la cirugía ambulatoria adquiere importancia en Estados Unidos y Canadá. En 1970, en Phoenix, entra en funcionamiento la primera unidad autónoma de cirugía ambulatoria. A partir de entonces, gracias a las mejoras en el financiamiento del sistema sanitario, tanto público como privado, este tipo de instituciones empiezan a desarrollarse bajo esta modalidad⁽²⁾.

La *Society for Ambulatory Anesthesia* (SAMBA) fue fundada en 1984; y cinco años después, en 1989, la *American Society of Anesthesiologists* (ASA) acepta las características diferenciales propias de la anestesia ambulatoria, y es cuando decide reconocerla como subespecialidad.

La definición más común de cirugía ambulatoria la podemos resumir de la siguiente manera: es aquella que se realiza en pacientes no hospitalizados, en el cual el tipo de anestesia puede ser general, regional o local. El tiempo o período de observación no es mayor de doce (12) horas. Bajo esta premisa, la podemos clasificar de la siguiente.

Cirugía mayor ambulatoria: la cirugía ambulatoria mayor es aquella que se realiza en áreas acondicionadas o construidas para tal fin, utilizando anestesia general, regional o local, con un período de recuperación no mayor de doce horas, y que no interesen las principales cavidades del cuerpo, a menos que se utilicen procedimientos de cirugía endoscópica en pacientes cuyo período de recuperación no sea mayor de doce horas y solamente en unidades que se encuentren dentro de una institución hospitalaria pública o privada.

Cirugía menor ambulatoria: es aquella que se realiza en áreas acondicionadas para tal fin, y en la que sólo es necesario utilizar anestesia local siendo inmediata la recuperación del paciente.

Cirugía de corta estancia: procedimientos que por su naturaleza requieren de 24 horas de vigilancia postoperatoria⁽³⁾.

En cirugía ambulatoria, los anestesiólogos desempeñan un papel muy importante, deben involucrarse en todas las fases de atención al paciente, durante el pre, intra y postoperatorio. Por tal razón, debemos tomar en cuenta los siguientes factores. En primer lugar, asegurarnos que todos los pacientes se encuentren en condiciones «óptimas» previo al acto quirúrgico electivo. En segundo lugar, debemos seleccionar muy bien la técnica anestésica, que garantice una rápida y efectiva recuperación. Hoy en día contamos con agentes anestésicos inhalatorios e intravenosos con un extraordinario perfil farmacocinético, como el desflurane, el propofol, el remifentanilo, bromuro de rocuronio, etc. Reciente-

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

mente, con el advenimiento del sugammadex, han disminuido en un alto porcentaje las complicaciones debidas a los efectos residuales de los agentes bloqueantes neuromusculares, aumentando los niveles de seguridad en la anestesia para cirugía ambulatoria y facilitando el «fast-tracking» luego de una anestesia general^(4,5). Adicionalmente, se ha comprobado que la monitorización de la profundidad anestésica con índice bispectral (BIS), puede lograr una adecuada titulación de agentes anestésicos inhalatorios e intravenosos, acortando los tiempos de despertar y disminuyendo la estancia en el área de recuperación^(6,7). El tercer factor se refiere a la prevención del dolor postoperatorio, complicaciones como náuseas y vómitos, los cuales requieren un manejo multimodal antes, durante y después de la cirugía⁽⁸⁾.

En cirugía ambulatoria existen pautas estandarizadas sobre la adecuada selección del paciente, las mismas deben incluir factores sociales. Es de hacer notar que no todos los pacientes califican para ser tratados de forma ambulatoria; en este sentido, debemos considerar ciertas situaciones especiales de carácter excluyente⁽⁹⁾:

- La probabilidad de transfusión sanguínea, por razones inherentes al paciente o a la cirugía.
- El uso crónico de benzodiazepinas o cualquier otro medicamento que eventualmente pueda potenciar el efecto de los agentes anestésicos.
- Cirugía de urgencia que requiera de hospitalización.
- Paciente con un riesgo ASA II inestables, ASA III/IV de acuerdo a la clasificación ASA.
- Pacientes con alteración de la coagulación y/o tratamiento anticoagulante.
- Pacientes epilépticos o en tratamiento psiquiátrico.
- Pacientes farmacodependientes.
- Diabéticos insulino dependientes.
- Pacientes con factores de riesgo de presentar hipertermia maligna.
- Pacientes con antecedentes de complicaciones anestésicas en intervenciones previas.
- Obesos (IMC > 30) o con EBPOC.

- En el caso de los pacientes pediátricos, se deben valorar individualmente a los lactantes (sobre todo los ex prematuros menores de 12 meses), y los que presenten patologías de vía aérea superior.

La cirugía ambulatoria puede llevarse a cabo tanto en instituciones públicas como privadas, siempre y cuando cumplan con las normativas sanitarias establecidas en cada país. Adicionalmente, existen establecimientos que funcionan como ambulatorios; e independientemente de la ubicación, todas las áreas deben contar con los servicios de apoyo: radiología, farmacia, laboratorios. Deberán disponer de acceso a camas de hospitalización, en caso de presentarse alguna complicación en el postoperatorio. Es importante contar con personal calificado y capacitado para el manejo de todo tipo de paciente, indistintamente de la edad; se recomienda diseñar normas de trabajo para el tratamiento ambulatorio de los pacientes pediátricos.

La valoración preoperatoria de los pacientes es un requisito fundamental. El alta es una responsabilidad médica en la que está involucrado tanto el médico anesthesiólogo como el cirujano; existen normas claras y bien establecidas sobre cuáles deben ser las condiciones para el alta del paciente sometido a una cirugía ambulatoria. Las historias médicas son documentos médico-legales, por lo que debemos completar todos los formularios requeridos. Como parte de nuestras obligaciones, estamos en el deber de informar a los familiares sobre el estado de salud y la evolución del paciente, en cada fase del procedimiento anestésico y quirúrgico⁽¹⁰⁾.

La definición de anestesia ambulatoria supera los límites de la Cirugía Ambulatoria; nuestra especialidad se extiende a un gran número de procedimientos o exploraciones de distintos niveles de complejidad, que se llevan a cabo dentro y fuera del área quirúrgica. El rol del anesthesiólogo en la toma de decisiones en las áreas de cirugía ambulatoria es fundamental; nuestra experiencia es vital en la práctica. Hoy en día, se han podido romper algunos paradigmas; sin embargo, aún existen temas muy controversiales en lo que respecta al manejo del paciente sometido a cirugía ambulatoria.

REFERENCIAS

1. Metínez HA, Rendón MA, García A. La difusión y promoción como estrategia para mejorar la productividad quirúrgica y la calidad en el Centro de Cirugía Ambulatoria. México, 1999.
2. Davis JE. Cirugía mayor en pacientes ambulatorios. *Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica*. 1987;4:686.
3. Alvarado FJ, Vega SE. La cirugía ambulatoria, una opción para mejorar la calidad de la atención. Experiencia de 15 años. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2006;11:34-37.
4. Song D, Joshi GP, White PF. Fast-track eligibility after ambulatory anesthesia: a comparison of desflurane, sevoflurane, and propofol. *Anesth Analg*. 1998;86:267-273.
5. Song D, White PF. Remifentanyl as an adjuvant during desflurane anesthesia facilitates early recovery after ambulatory surgery. *J Clin Anesth*. 1999;11:364-367.
6. Song D, Joshi GP, White PF. Titration of volatile anesthetics using bispectral index facilitates recovery after ambulatory anesthesia. *Anesthesiology*. 1997;87:842-848.
7. Gan TJ, Glass PS, Windsor A, et al. Bispectral index monitoring allows faster emergence and improved recovery from propofol, alfentanil, and nitrous oxide anesthesia: BIS utility study group. *Anesthesiology*. 1997;87:808-815.
8. White P. Ambulatory anesthesia advances into the New Millennium. *Anest Analg*. 2000;90:1234-1235.
9. Kuri-Karam DM. Anestesia para cirugía ambulatoria, indicaciones; ¿Cuándo sí, Cuándo no? *Rev Mexicana de Anestesiología*. 2005;28:S146-S147.
10. <http://www.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5102-2004.pdf>