

# Cirugía ambulatoria

Dr. Gonzalo Estapé Carriquiry\*

Una **cirugía mayor ambulatoria**, es aquella en que, el paciente, independientemente del tipo de anestesia utilizado, necesita de pocos cuidados postoperatorios, no requiere un ingreso hospitalario y puede ser dado de alta pocas horas después de la intervención.

Su desarrollo en los últimos años ha sido vertiginoso, el que se traduce en las cifras obtenidas en los Estados Unidos: en 1984 se utilizó en el 28% de los casos (400.000 operaciones), mientras que en 1990, pasó al 50%; el SMG Marketing Group of Chicago, estima un incremento del 14% para el año que transcurre.

Si bien los procedimientos quirúrgicos son casi siempre los mismos, ya sea en el ámbito hospitalario como en el ambulatorio, la anestesia y la atención de enfermería son significativamente diferentes <sup>(1)</sup>.

## I) Lugar de realización de los procedimientos ambulatorios.

**1. Unidad integrada al Hospital:** es un área destinada a la Cirugía Ambulatoria dentro del

Hospital, donde el paciente cursa el pre y el postoperatorios, y donde la sala de operaciones es la misma, tanto para los pacientes ambulatorios como para los internados.

Tiene como **ventajas** el no ser necesario un importante cambio en la edificación, los gastos son bajos, los cirujanos se sienten más libres de realizar operaciones más diversas y de mayor duración, y además, como ya existe un Departamento de Emergencia, se evita una innecesaria duplicación.

Las **desventajas** son: el paciente se puede sentir algo relegado o de segunda clase, pues el mismo personal atiende a enfermos más complejos; además, puede sufrir demoras o dificultades en los trámites del ingreso, al competir con los que deben ser internados.

Si la Unidad Ambulatoria se encuentra en un lugar físico diferente, aún siendo dentro del Hospital, el paciente no debe experimentar esa sensación de inferioridad, por lo que creemos que este tipo de unidad no tiene desventajas ostensibles.

**2. Unidad hospitalaria autónoma:** es aquella en la que se realiza el preoperatorio, la intervención y el post-operatorio, en forma independiente de los pacientes internados; asienta en la vecindad del Hospital, y opera en forma totalmente independiente de los otros sectores.

Las **ventajas** radican en los costos bajos (no requiere traslados, se usan salas de operaciones de menor volumen adecuadas a esta cirugía, y las sa-

\* Prof. Director de Clínica Quirúrgica «1» Facultad de Medicina Hospital Pasteur.  
Dirección: Blanca del Tabaré 2950  
CP 11300 Montevideo.  
Dictada en la Jornada de Cirugía el 27 de junio de 2001.

las de recuperación son menos desarrolladas), los pacientes se sienten más satisfechos por estar en una unidad especial para ellos, con un personal reducido que se dedica exclusivamente a él, y, finalmente, existe una mayor eficiencia, pues la unidad está planificada y operada para ese único fin.

Las **desventajas** obedecen a los mayores costos de construcción, a la imposibilidad de usar el local para otros fines, y que deben agregarse otras salas de operaciones.

**3. Unidad Hospitalaria satélite:** es aquella operada y mantenida por el Hospital, pero que se encuentra localizada fuera del predio del mismo.

Las **ventajas** son las mismas que las señaladas para la Unidad hospitalaria autónoma, a las que se suman el tener una nueva área de influencia en la comunidad, y el de tener un acceso más fácil, pues está lejos del gran movimiento del Hospital.

Las **desventajas** pueden resultar de la resistencia u hostilidad que puede generarse entre médicos y ciudadanos del área afectada, al interpretarla como una competencia del Hospital al trabajo de los médicos de la zona.

**4. Unidad independiente:** es aquella que no depende ni geográfica ni administrativamente de ninguna otra unidad de salud.

Las **ventajas** son múltiples:

- a) tiene un bajo costo de funcionamiento por:
  - recibir un presupuesto destinado exclusivamente a la unidad
  - porque no tiene que usar salas de operaciones ni de recuperación tan sofisticadas, como las de cirugía mayor
  - porque las partidas destinadas a la administración en un hospital, en este caso, no deben ser prorrateadas
- b) el paciente se encuentra en una atmósfera más acogedora
- c) existe un acceso más fácil para los pacientes

d) es la unidad menos costosa y de más fácil desarrollo para la comunidad.

La **desventaja** puede ser la falta de materiales y personal adecuado para una resucitación, si fuera necesaria, aunque, en general, estas unidades no tienen ese problema.

## II) Areas específicas.

Las **áreas de recepción y de preparación** deberán ser acondicionadas para cumplir con las tareas administrativas y técnicas, que consistirán en:

- asesoramiento al paciente
- comprobación de la existencia del consentimiento firmado
- colocación de la identificación
- comprobación de la existencia de los exámenes de laboratorio
- adjudicación de la vestimenta adecuada
- administración, si está indicada, de la premedicación anestésica

Los pacientes deberán concurrir al Centro, con una hora de anticipación, para poder cumplir con todos los requisitos administrativos y técnicos indicados.

La **recuperación anestésica** se hará en un sector vecino a la sala de operaciones, donde transcurrirá la fase aguda o de estabilización; una vez pasada esta primera instancia, el paciente pasará al **área de deambulaci3n**, donde utilizará camas o sillones hasta el alta. Estos dos ambientes deberán contar con aspiraci3n, oxígeno, monitores cardíacos e instrumentos aptos para la intubaci3n orotraqueal y resucitaci3n.

## III) Pacientes candidatos para la cirugía ambulatoria.

La creaci3n de listas de procedimientos es un mal sistema para decidir dónde se harán las intervenciones; algunos pacientes con otras afeccio-

nes, con un mal terreno, necesitan cuidados hospitalarios, mientras que los sanos, son buenos candidatos para la cirugía ambulatoria.

La decisión sobre cuál es el mejor lugar para la cirugía, debe de ser tomada por los médicos que están a cargo del paciente, de acuerdo con él mismo.

Nos basamos en tres criterios: médicos, quirúrgicos y sociales.

**1. Criterios médicos:** deben ser pacientes ASA I y II, es decir, aquellos que no tienen patología sistémica, o bien, que tienen alteraciones que no producen alteraciones funcionales.

Sin embargo, últimamente, se han agregado algunos enfermos ASA III, que tienen trastornos sistémicos severos, pero que, médicamente se encuentran estables o compensados.

La edad no es un factor determinante, sino que lo más trascendente es el estado fisiológico del paciente.

Los obesos presentan una mayor incidencia de enfermedades asociadas, complicaciones respiratorias y dificultades técnicas. Si existe un sobrepeso del 30%, aumenta un grado en la clasificación de la ASA.

Se excluyen en forma absoluta a los drogadictos, los pacientes psiquiátricos y a los portadores de enfermedades respiratorias o infecciosas altas.

**2. Criterios quirúrgicos:** en general, se aceptan las enfermedades cuyo tratamiento no requiere la entrada en cavidades corporales, con la excepción de la cirugía laparoscópica.

En efecto, son buenos candidatos los pacientes portadores de hernias de cualquier tipo, patologías mamarias benignas, patologías ano-rectales benignas y las litiasis vesiculares no complicadas intervenidas por video-cirugía.

**3. Criterios sociales:** son de gran importancia, porque se refieren a las condiciones en que el paciente transcurrirá los días posteriores a la intervención.

- La preparación psicológica es, quizás, lo más trascendente, debiendo comprender el paciente, todos los pasos a dar, y aceptarlos integralmente; si está convencido que se irá de alta a las pocas horas de la intervención, soslayará cualquier contratiempo que pueda surgir en su evolución inmediata.
- Debe existir alguna persona capaz y responsable que pueda atender y controlar al enfermo en su domicilio.
- Debe tener un medio de comunicación rápida (teléfono propio o de un vecino).
- Estar en un lugar no más alejado a los treinta minutos del Hospital, no importando estrictamente la distancia.
- Poseer una vivienda adecuada.
- Se excluyen aquellos pacientes que luego de las explicaciones realizadas, mantienen cualquier tipo de reserva con respecto al procedimiento.

A pesar de todo lo antedicho, se le debe delegar al **anestesiista** el poder de la selección final de los pacientes, incluido el poder de veto sobre la selección hecha por los cirujanos. Sólo de esta manera puede existir un entorno efectivo y seguro para beneficio del paciente. Más allá del poder del veto, es imprescindible tener abiertos los canales de comunicación, estableciendo un mutuo respeto entre cirujanos, anesthesiólogos y personal de enfermería, con el convencimiento de que todos están trabajando hacia una meta común, que es la seguridad del paciente <sup>(2)</sup>.

#### IV) Evaluación pre-operatoria.

**1.** Aunque parezca obvio, la **anamnesis** y el **examen físico** son los elementos básicos en esta etapa, pues de ellos surgirán los exámenes complementarios a solicitar.

**2.** Es imprescindible la información detallada al paciente, y de estar de acuerdo, firmar el **documento de consentimiento** (consentimiento informado).

**3. Los exámenes de laboratorio** pueden ser eliminados en la mayor parte de los casos, ya que sólo influyen en el tratamiento, en el 0,2% de los casos. En general se acepta que:

- a los varones sanos hasta 40-50 años, no se les pide ningún examen
- a las mujeres sanas hasta 40-50 años se les solicita un hematocrito
- a los pacientes con enfermedades crónicas, se les realizarán los exámenes del caso

## V) Anestesia.

El **anestésico ideal** deberá:

- tener un comienzo de acción rápido y suave
- producir amnesia
- proporcionar buenas condiciones quirúrgicas
- obtener una rápida recuperación, sin efectos colaterales.

El requisito del **ayuno pre-operatorio** es aún muy discutido; existen estudios que demuestran que se pueden ingerir líquidos hasta dos horas antes de la intervención, sin que afecte la seguridad <sup>(3,4)</sup>.

**1. Preparación farmacológica.** Los ansiolíticos por vía oral, pueden no ser absorbidos a tiempo, por lo que lo más útil es el uso intravenoso de una droga sedante y ansiolítica como el Midazolam, la que, a esos efectos les agrega la amnesia.

### 2. Técnicas.

**A. Anestesia General:** el 80% de las hernias operadas en los Estados Unidos, en cirugía ambulatoria, se realiza con esta técnica. Para la inducción, el agente más recomendado es el Propofol (Diprivan), que tiene una vida media corta, con rápida recuperación (6 minutos) y una baja incidencia de náuseas y vómitos<sup>(1)</sup>; se usa en infusión intravenosa en dosis de 1,5 a 2 mg./kg. de peso. Si se trata de pacientes con cardiopatías o arteriopatías, está indicado el Etomidato (Hypnomidate) que provoca una gran estabilidad hemodinámica, pero tiene como inconvenientes su alto precio, el dolor al inyectarlo y la alta incidencia de náuseas y vómitos.

Se discute si es más beneficioso el uso de intubación o la máscara.

Los **agentes inhalatorios** más utilizados son el Isoflurano, el Halotano y el Enflurano, siendo este último, el de recuperación más rápida e incidencia más baja de efectos adversos.

Como **analgésicos** se usan opiáceos de vida media más corta que la Morfina y la Meperidina, como el Fentanilo, el Sulfentanilo y el Alfentanilo.

En general, utilizamos **infiltraciones de la herida**, lo que proporciona una analgesia suplementaria en los comienzos del período post-operatorio.

Los **relajantes musculares** no siempre son necesarios en la cirugía ambulatoria; si fuera así, sólo se utilizará la Succinil-Colina para la intubación, ya que puede provocar hiperpotasemia y dolores musculares, cuya duración puede alcanzar hasta los 4 días.

**B. Sedación consciente:** también la usamos con frecuencia; produce amnesia, un nivel de conciencia mínimamente deprimido, respondiendo a órdenes simples. La asociamos a la anestesia local con Bupivacaína y Xylocaína en todas las intervenciones.

## VI) Criterios de alta.

Ningún paciente puede retirarse a su domicilio si no se cumplen las siguientes condiciones <sup>(1)</sup>:

- 1) Signos vitales estables de más de 30 minutos
- 2) Ausencia de signos nuevos luego de la operación
- 3) Ausencia de hemorragia (ni activa, ni exudación)
- 4) Ausencia de náuseas y/o vómitos, luego de los primeros treinta minutos
- 5) Ausencia de deterioro circulatorio
- 6) Buena capacidad para orinar
- 7) Buena orientación témporo-espacial
- 8) Dolor controlable por los analgésicos orales
- 9) Acompañante que se haga responsable del traslado, y de la atención domiciliaria.

## VII) Seguimiento.

Hay dos diferentes modalidades:

- 1) Telefónico: el paciente llama al centro hospitalario cuando presente dudas sobre su evolución y cuidado; será atendido y aconsejado por un médico conocedor de la técnica
- 2) Domiciliario: podrá realizarse en forma programada por médicos, practicantes o enfermeras, o bien, sólo en los casos en que lo requiera el paciente.

## VIII) Complicaciones.

Los retrasos del alta se deben, habitualmente a complicaciones: hemorragia, dolor, despertar prolongado, somnolencia, imposibilidad de orinar, náuseas y vómitos que no responden a la medicación.

Hasta el 70% de las complicaciones graves se manifiestan en el período post-operatorio. Las más precoces son la visión borrosa, la somnolencia, las cefaleas y la astenia; algunas persisten hasta las 48 horas como la somnolencia, las cefaleas, la irritación faríngea, las mialgias y la fatiga muscular.

El **reingreso** se produce por:

- Dolor resistente al tratamiento
- Hemorragia excesiva
- Errores diagnósticos
- Necesidad de monitorización

## IX) Aspectos económicos.

La cirugía ambulatoria trae notorios beneficios económicos por:

- Menor gasto hospitalario por la corta estadía de los pacientes (en la cirugía de la hernia, hay un ahorro de U\$S 264 por paciente según el relato del 62º Congreso Argentino de Cirugía) <sup>(7)</sup>.
- Mejor utilización de las camas

- Menor período de espera para ser intervenido
- Retorno más precoz a las tareas habituales.

## X) Experiencia.

De las 505 operaciones de hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein que hemos realizado personalmente en instituciones de salud privada, 46% las hemos practicado en régimen de cirugía ambulatoria, habiendo utilizado la anestesia local o local potenciada en el 70% de los casos.

Las colecistectomías laparoscópicas también se realizan con este régimen ambulatorio, aunque aún tenemos muy pocas, y en situaciones muy seleccionadas; la experiencia del Hospital Privado de Mar del Plata <sup>(6)</sup> revela un porcentaje del 52,3% ambulatorias hasta el año 1998, habiéndose incrementado notoriamente en los dos últimos años.

## Bibliografía

- 1) OSTMAN, P.L.; WHITE, P.F. - Anestesia en el paciente ambulatorio. En: MILLER, R.D. Anestesia. Madrid: Harcourt Brace Publisher International, 1998.
- 2) PORTERFIELD, H.W.; FRANKLIN, L.T. - The use of general anesthesia in the office surgery facility. Clin. Plast. Surg., 1983; 10:292-6.
- 3) HUTCHINSON, A.; MALTBY, J.R.; REID, C.R.G. - Gastric fluid volume and pH in elective inpatients. Part I: coffee or orange juice versus overnight fast. Canad. J. Anesth., 1988, 35:12-5.
- 4) MALTBY, J.R.; LEWIS, P.; MARTIN, A.; SUTHERLAND, I.R. - Gastric fluid volume and pH in elective patients following unrestricted oral fluid until three hours before surgery. Canad. J. Anesth., 1991, 38: 425-9.
- 5) SMITH, I.; WHITE, P.F.; NATHANSON, M.; GOULDSON, R. - Propofol: An update on its clinical use. Anesthesiology, 1994; 81: 1005-43.
- 6) MINATTI, W.R.; STATTI, M.A.; RUIZ, S.; OBREGAN, R. - Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Experiencia inicial. Rev. Argent. Ciruj., 1998; 75:68-71.
- 7) FERRAINA, P. - Cirugía ambulatoria. Relato oficial Congreso Argentino de Cirugía, 62º Buenos Aires, 1991.