

Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo Rivero",
Villa Clara, Cuba

Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía

Major ambulatory and short-stay surgery

Abraham Dimas Reyes Pérez

Doctor en Ciencias Pedagógicas. Especialista Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Ciencias de la Educación. Profesor Titular y Consultante.
e.mail: abrahamrp@capiro.vcl.sld.cu

Señor Editor:

A propósito del artículo "Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en el tratamiento del paciente con hernia abdominal externa", publicado en el sexto número que presentó la *Revista Habanera de Ciencias Médicas* en 2014, estimé exponer algunas consideraciones.

Es este, sin dudas, un tema interesante e importante porque las hernias abdominales externas constituyen un conjunto de afecciones muy frecuentes en las consultas tanto de médicos generales como de cirujanos, que son susceptibles a tratamiento quirúrgico ambulatorio o con corta estadía hospitalaria.

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) ha sido definida como aquella constituida por procedimientos o intervenciones de variada complejidad que, con independencia del tipo de anestesia utilizada, tras un tiempo variable de control y observación, el paciente retorna a su domicilio el mismo día de la intervención sin necesidad de realizar su hospitalización.¹ Es oportuno diferenciar este concepto de cirugía de corta estadía (CCE), que es aquella en la que se resuelven afecciones quirúrgicas que requieren la cirugía mayor, con estancias entre 1 y 3 días; así como en los casos de estadías inferiores a las 24 horas pero con pernoctación en el centro asistencial, los que se consideran como verdaderos ingresos hospitalarios.² Coincido con los autores del artículo quienes plantean que puede considerarse a la CMA como la fase final de un proceso de acortamiento de la estadía hospitalaria.

Aunque se conoce que el tratamiento quirúrgico del paciente por el método ambulatorio es la forma más antigua de cirugía que conocemos, le son atribuidos los verdaderos inicios de la CMA moderna al cirujano pediátrico escocés James

Nicoll, quien publicó a principios del siglo XX su casuística de 8 988 niños intervenidos exitosamente en régimen ambulatorio en el Glasgow Royal Hospital durante un período de 10 años.³

En 1946, se le dio un verdadero impulso a este proceder cuando Earle Shouldice, de Canadá, comenzó la aplicación de anestesia local, incitando además a sus pacientes a la deambulación precoz y de esta forma rompe con algunos esquemas tradicionales sin que se afectara la calidad de la técnica quirúrgica. Estas experiencias fueron tomadas en Canadá y llevadas a la práctica una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial, y con la aplicación de los trabajos de la técnica de Shouldice fue que recibió un verdadero impulso la cirugía ambulatoria.⁴ En 1955, Eric Farquharson, cirujano del Royal Infirmary de Edimburgo (Escocia), publicó en la revista *Lancet* una serie de 485 pacientes adultos intervenidos por presentar hernia inguinal, con traslado a su domicilio inmediatamente después de la cirugía.^{3,5}

Las ventajas que ofrecen estas propuestas asistenciales son el acortamiento del tiempo en lista de espera quirúrgica; el aumento de la disponibilidad de camas hospitalarias para hacer frente a otros tipos de demandas sanitarias; la disminución del riesgo de adquirir alguna infección nosocomial; la disminución de la ansiedad del paciente; la más rápida incorporación a los medios familiar, laboral y social; conduce a una mayor satisfacción de los pacientes; contribuye a una mayor motivación profesional y satisfacción por el resultado final del producto sanitario que se ofrece y, además, se reduce sustancialmente el gasto sanitario por el menor coste de la intervención ambulatoria respecto a sus equivalentes convencionales.

Actualmente se considera que de 60-75% de las cirugías son de tipo ambulatorio.⁶ El desarrollo de la CMA y la CCE se ha visto condicionado por el aumento de la expectativa de vida de la población y la crisis económica mundial, y favorecida por la introducción de nuevos fármacos anestésicos y la cirugía endoscópica.

Paulatinamente, las indicaciones de CMA se han extendido a todas las especialidades quirúrgicas. Para que continúe su desarrollo se requiere la aplicación de rigurosos criterios de selección de pacientes y procedimientos, la formación de los residentes de las especialidades quirúrgicas con alto entrenamiento en esta modalidad y procurar una efectiva coordinación con los médicos de la familia para garantizar mejor selección de pacientes y su mejor manejo en los períodos preoperatorio y postoperatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cortiñas Sáenz M, Sáenz Guirado S, Martínez Díaz JD. Programa de cirugía mayor ambulatoria en dermatología. *Actas Dermosiliogr.* 2012; 103(3): 175-8.
2. Cruz Rodríguez J, Cinta Domínguez L, García Frómata D, Rojas Bez J, Pérez Cedeño Y. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en el tratamiento del paciente con hernia abdominal externa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas [serie en Internet]* 2014 Nov-Dic; 13(6). [Citado 12 Abril 2015]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/357/395>
3. Martínez-Ramos C. Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y Evolución. *Reduca (Recursos Educativos).* 2009; 1(1): 294-304.

4. López Álvarez M, Torres García C, Ramírez Torres MJ, Díaz Del Pino R. Efectividad de la cirugía general ambulatoria. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado". Diciembre 1999-Marzo 2000. Revista de Ciencias Médicas. Pinar del Río. [serie en Internet] 2002 Jul-Sep;6(2). [Citado 01 Octubre 2012]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm62/rev-fcm625.html>
5. Martínez-Ramos C. Tratamiento de la Hernia Inguinal mediante Cirugía Mayor Ambulatoria. Reduca (Recursos Educativos). Serie Medicina. 2009;1(1):370-89.
6. Frederico Avendaño C. El reto de la cirugía ambulatoria; tendencias actuales. Revista Mexicana de Anestesiología. 2013;36 (Supl.1):167-8.

Recibido: 6 de mayo de 2015
Aprobado: 7 de mayo de 2015