

4ª Reunion de Cirugía Mayor Ambulatoria

Ponencia Oficial:

Título: CMA en ginecología

Autores: Santiago Barambio jefe del departamento de Ginecología
Rosa Giro Jefe del departamento de Anestesiología

Institucion: CLINICA D'ARA

Correspondencia: C/Bergueda 17-19 Barcelona 08029 F-93 3219338
E-mail santibarambio@redestb.es
Web www.clinicadara.com

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN GINECOLOGÍA

Como en otros ordenes de la Medicina actual, en la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), lo que se busca es mejorar los costes al pagador del servicio, no solo sin mermar la calidad si no, aumentándola si es posible. A continuación, podría citar una lista de procedimientos e incluso pasarles un vídeo con una intervención, pero este no es exactamente el problema, puesto que Uds. harán en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) aquello que ya saben hacer, lo único es que no lo podrán hacer todo ni siempre.

Los procedimientos que se pueden practicar en CMA y aquellos que realmente una UCMA puede realizar, pueden ser cosas distintas, porque va a depender de varios factores:

1º ¿Qué es Cirugía Mayor Ambulatoria? : según Davis podemos hacer una clasificación basándonos en el postoperatorio:

CRITERIOS DE DAVIS

I.	Intervenciones que se pueden practicar en una consulta con anestesia local y no requieren ningún cuidado especial postoperatorio.
II.	Son las que se pueden practicar con anestesia local, regional, general o sedación y que requieren unos cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y la analgesia, si se precisa, puede ser oral.
III.	Las que requieren cuidados prolongados del entorno hospitalario en el postoperatorio.
IV.	Son las subsidiarias de cuidados muy especializados o críticos en su postoperatorio.

Davis J.E. Surg. Clin. North AM 1987; 67:721

Sería cirugía menor, el grado **I**.

Serían Cirugía Mayor, los grados **II**, **III** y **IV**.

Debemos observar que el mismo procedimiento puede ser cirugía mayor o menor según el postoperatorio previsto.

2º ¿Qué podemos anestesiarse en CMA? :Según la American Society of Anesthesiology podemos considerar los siguientes grados basándonos en la patología y circunstancias del enfermo:

Crterios ASA

ASA I	Paciente sin patología asociada sometido a cirugía menor.
ASA II	Paciente sano con patología asociada moderada. Edad > 70 años y < 1 año y obesos (sometidos a cirugía mayor)
ASA III	Paciente con patología asociada importante, no incapacitante. Cirugía oncológica. Intervenciones de larga duración. Cirugía mayor.
ASA IV	Paciente con patología asociada severa, descompensada, incapacitante. Intervenciones de alto riesgo.
ASA V	Paciente terminal cuya esperanza de vida es < 24 horas (con/sin intervención)

3º ¿Qué costos bajamos en CMA? : Para que los costos sean más bajos, en una atención quirúrgica que debe tener las mismas características técnicas y de calidad que en cualquier régimen, debemos ahorrar dinero en gastos que no afecten al procedimiento, uno de ellos, es

que la unidad este abierta el tiempo de una jornada laboral y que su actividad sea alta, otro que no tenga demasiados ingresos ni reingresos.

Por lo tanto teniendo en cuenta estos tres puntos serian tributarios de ser incluidos en un programa de CMA en una UCMA los pacientes, que cumplan:

- **Estar en los grados II y algunos del III de Davis.**
- **Ser calificados en los grados A.S.A. I, II y algunos III compensados.**
- **El paciente pueda ser intervenido y remitido a un domicilio dentro del tiempo de apertura de la UCMA.**

Por lo tanto podemos definir los procedimientos tributarios de CMA como: **“Procedimientos quirúrgicos protocolizados y programados, en pacientes seleccionados para admisión y alta dentro de la misma jornada laboral, practicados con anestesia local, regional, general o sedación, que requieran unos tratamientos postoperatorios específicos, no intensivos ni prolongados, con cuidados y analgesia domiciliarios, auto-administrados o realizados por enfermería”.**

Barambio S, Giro R, CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. Ginedips 1999:2; 39-83.

Otro condicionante a tener en cuenta será el tipo de UCMA, según sea:

Integrada.

Anexa o Satélite.

Independiente.

Obviamente a las integradas y las anexas o satélite les es muy fácil dejar un paciente ingresado pero las independientes para ingresar un enfermo deben organizar un traslado intercentros lo cual lo complica y puede dar una sensación de gravedad en ocasiones superior de la que es realmente.

Por todo ello observamos que se debe tener muy claro a quien y de que se interviene, pero también quien lo hace y donde. También, de que manera, decidimos que realmente lo podemos dar de alta restringida.

Todo lo dicho nos lleva a que debemos basar nuestra actuación en:

1. LA SELECCIÓN DEL PACIENTE.

Debemos seleccionar los pacientes tributarios, en función de diferentes criterios:

- Socio culturales, en esto influirá el ámbito social al que se destina la UCMA.
- Del procedimiento (Davis), en esto influirá la experiencia de los cirujanos.
- De la anestesia (ASA), en esto influirá la experiencia de los anestesiólogos.
- De la experiencia de interdisciplinariedad de la UCMA, en esto influirá el tiempo que lleven trabajando y la confianza profesional interpersonal.

2. LA SELECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR.

La experiencia y la rapidez serán base fundamental para que la UCMA pueda cumplir sus objetivos de alta calidad y abaratamiento de costos, para ello debe disponer:

- De cirujanos que dominen las técnicas que se van a practicar así como la anestesia local para dichas técnicas necesarias como sistema anestésico o como apoyo de las que administraran los anestesiólogos.
- De anestesiólogos que dominen la anestesia local, locoregional, sedación y general, utilizando fármacos de vida corta, que consigan la anestesia y analgesia del paciente pero no lo incapaciten para marchar a un domicilio después de ser operado y dentro de la jornada laboral de la UCMA.
- De Personal de enfermería y auxiliar que sea experto y rápido en su apoyo a los procedimientos que se van a practicar y en el control en la URPA I y II para conseguir un alto rendimiento de las horas de apertura de la UCMA.

- De protocolos, con tiempos previstos en cada procedimiento, necesarios para una programación sin sorpresas ni quirúrgicas ni anestésicas.

3. LOS CRITERIOS DE ALTA

Para poder remitir un paciente a un domicilio se utiliza clásicamente el Test de Aldrete modificado:

TEST DE ALDRETE MODIFICADO*

1	Signos vitales	2 = Dentro del 20% del valor preoperatorio 1 = Entre 20-40% del valor preoperatorio 0 = Mas o menos 40% del valor preoperatorio
2	Deambulaci3n	2 = Marcha estable /no mareos 1 = Marcha con ayuda /mareo discreto 0 = Marcha No /mareo intenso
3	Nauseas/v3mitos	2 = M3nimos 1 = Moderados 0 = Intensos
4	Dolor	2 = M3nimo 1 = Moderado 0 = Intenso
5	Hemorragia postquir3rgica	2 = M3nima 1 = Moderada 0 = Intensa

*Michaloliakou C, Chung F: Does a modified postanesthetic discharge scoring sistem determine home readiness sooner? Can J Anaesth 1993; 40:A32

Cuando se utiliza la anestesia regional, en principio nos da:

- Insensibilidad de la zona.
- No compromete las funciones reflejas ni mentales.
- Percepci3n por el paciente, de menos riesgo y mayor autocontrol.
- Elimina morbilidad propia de la anestesia general.
- Posibilidad de vigilancia anest3sica monitorizada (V.M.A.).

Parecer3a de elecci3n en CMA, pero nos complica la selecci3n, por presentar criterios de exclusi3n:

- Anatómicos, obesidad mórbida, patolog3a lumbar, cifoesciosis etc.
- Por patolog3a de conducta, drogodependencia, ansiedad, escaso autocontrol etc.
- Nos limita la previsi3n de los tiempos de alta, puesto que, el postoperatorio se puede convertir en un grado III o IV de Davis, sea por complicaciones o cefaleas (0,4-7 %) que requieran ingreso, dolor de espalda, que puede limitar o no el alta restringida, pero si complicarla, sin olvidar la afectaci3n de la diuresis espont3nea.

Por ello, para el alta, se debe sumar al Test de Aldrete modificado, otro par3metro como es la micci3n espont3nea (Kallar SK Chung F: Practical application of postanesthetic discargescoring system-PADSS. Anesthesiology 1992; 77:A12)

Recordemos, que ingresar un paciente, es un FRACASO de la selecci3n del caso, no de la cirug3a y que reingresar pacientes, es otro FRACASO y forma parte del buen nivel de calidad de la UCMA, que éstos y aquellos sean escasos(<4%).

Despu3s de una valoraci3n de los recursos de la UCMA, debe decidirse que procedimientos incorporará a su actividad y protocolizarlos, si se tienen muchos ingresos de alguno de los procedimientos, se deber3 reevaluar si éste, es factible o se debe revisar alg3n aspecto del mismo.

Hay numerosos listados, unos más amplios que otros, lo cual nos indica que cada unidad, programa aquello que, considera procedimientos susceptibles de ser practicados en CMA seg3n su nivel.

PROCEDIMIENTOS

TRIBUTARIOS DE CMA

POTENCIALES DE CMA

<p style="text-align: center;">CIRUGIA</p> <p>LEGRADO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Biopsia• Dilatación y legrado de aborto incompleto• Dilatación y aborto provocado (1º/ 2º trim.) <p>CONIZACION Y MANCHESTER:</p> <ul style="list-style-type: none">• Electroquirúrgica• Láser (cono y vaporización)• Fríos (bisturí) <p>VULVA Y VAGINA</p> <ul style="list-style-type: none">• Bartholinos• Afecciones extensas (condilomas)• Plastias <p>MAMA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Biopsia• Exéresis nódulo	<p style="text-align: center;">CIRUGIA</p> <p>MAMA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fístulas• Tumorectomía• Biopsia de ganglios centinela• Cuadrantectomía tras biopsia de centinela <p>VULVA Y VAGINA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Incontinencia urinaria (TVT)
<p style="text-align: center;">LAPAROSCOPIA</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstica• Biopsia• Bloqueo tubárico• Transferencia de material embrionario	<p style="text-align: center;">LAPAROSCOPIA</p> <ul style="list-style-type: none">• Quistes de ovario (pre estudiados)• Miomas (pre estudiados)• Ectópicos no accidentados• Adhesiolisis
<p style="text-align: center;">HISTEROSCOPIA</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstica• Quirúrgica (fría, láser)• Sinequias cervico itsmicas	<p style="text-align: center;">HISTEROSCOPIA ELECTRICA</p> <ul style="list-style-type: none">• Miomas (Pre estudiados)• Tabiques• Ablación• Asherman (Pre estudiados)
<p style="text-align: center;">OTROS</p> <ul style="list-style-type: none">• Captación de material embrionario• Biopsia de cérvix	<p style="text-align: center;">OTROS</p> <ul style="list-style-type: none">• Lo que la UCMA pueda

Explotación ginecológica de CLINICA D'ARA

Procedimiento	Anestesia	Tiempo*	Casos	Ingresos
LT laparoscópico y AP**	General	3h	104	0
Histeroscopias quirúrgicas	Local 46.6%	2h	63	0
	Sedación 53.3%	3-5h	72	0
Histeroscopias diagnósticas.	Local	1h	4	0
Legrado biopsia	Sedación	1h 30'	6	0
Interrupción de embarazo de primer trimestre	Local 33.7%	2h	3.431	3 (0.03%)
	Sedación 66.3%	2h	6.735	
Interrupción de embarazo de segundo trimestre***	Sedación	2-6h****	1.415	7 (0.49%)
Himenectomia	Sedación	2h	3	0
Nodulo de Mama	Sedación	3h	1	0
Total			11.834	10 (0.08%)

* Tiempo protocolizado desde la admisión al alta restringida

** Aborto provocado

*** Hasta 18 semanas (>18 son de corta estancia = 30 horas)

**** Según D.B.P.