

Cirugía Mayor Ambulatoria

F. Palma / P. Palma / A. Leiva / F. Palma (Jr.)

Introducción (*)

La cirugía ambulatoria supone practicar al paciente la intervención quirúrgica que requiere el mismo día que llega al hospital o a la Unidad de Cirugía mayor ambulatoria, bajo cualquier tipo de anestesia, recibiendo la técnica adecuada que precisa por la afección que padece, regresando a su domicilio a las pocas horas y siempre dentro del mismo día y sin ingreso. Pretende, asimismo, una menor perturbación en la vida del paciente, en tanto se aplican gestos y procedi-

La cirugía en régimen ambulatorio constituye una verdadera alternativa, haciendo posible atender hasta un 45% de la cirugía convencional que se viene practicando con ingreso hospitalario. Pero su aprendizaje, y una muy seria organización –no sencilla en la práctica–, para implantarla con prudencia y eficacia, no se debe improvisar. De no realizarse aplicando las experiencias ya conseguidas en otras áreas geográficas nos exponemos a que sea seguida de fracasos, al no saber prever y tratar las inevitables complicaciones y riesgos que comporta, no solamente de índole técnica, sino también de infraestructura y organización.

La cirugía mayor ambulatoria supone practicar al paciente la intervención quirúrgica que requiere, bajo cualquier tipo de anestesia, recibiendo la técnica adecuada que precisa y regresando a su domicilio a las pocas horas y sin ingreso en el hospital. Pretende, con ello, una menor perturbación en la vida del paciente, con gestos y procedimientos menos agresivos, por lo que requiere profesionales y un personal sanitario y administrativo para un perfecto funcionamiento de la unidad de cirugía ambulatoria y con una relación médico/paciente entrañablemente humanizada.

También la cirugía ambulatoria viene a disminuir el gasto sanitario y a mejorar el binomio costo/beneficio, tan importante en nuestro tiempo. De forma somera se analizan en este trabajo, los fundamentos, la organización, los tipos de unidad, la evaluación de los pacientes candidatos a este tipo de cirugía, así como los procesos que pueden ser tratados.

mientos menos agresivos gracias a la aplicación de los progresos biotecnológicos de nuestro tiempo. Va a requerir un personal sanitario y administrativo entrenado y motivado y una infraestructura arquitectónica y funcional adecuada y de funcionamiento autónomo y con una relación médico/paciente tremendamente humanizada (1, 2, 3).

No habrá que confundir los términos y la filosofía de la cirugía de corta estancia» y la denominada «cirugía mínimamente invasiva», en tanto la primera siempre lleva consigo el in-

(*) La cirugía en pacientes sin hospitalización no es de nuestro tiempo. Ha sido sinónima, tradicionalmente, de la cirugía que se practicaba en la consulta externa. Sin embargo, su redescubrimiento, extensión y mejor organización, sí es de esta época. De ahí la necesidad de incorporar los términos de «mayor» y «menor».

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía sin ocupar cama hospitalaria. Cirugía sin ingreso.

Fecha de recepción: Marzo 1998.



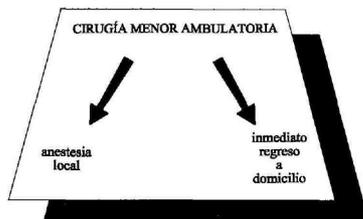
greso en el hospital, aún cuando se pernocte sólo una noche, y la segunda sólo quiere indicar que las incisiones son muy pequeñas o bien mínimos orificios por donde se colocan las vías de la óptica y de los instrumentos de abordaje y de exéresis para la cirugía endoscópica, determinando una menor agresión y la posibilidad de una rápida recuperación y con ella corta estancia.

La aceptación que se va teniendo respecto a todos estos tipos de cirugía es unánime, y por lo que respecta a la «cirugía mayor ambulatoria, que es el que nos ocupa, en este momento es la que más equilibra el binomio «costo/eficacia» en la moderna gestión sanitaria.

"MAJOR AMBULATORY SURGERY"



"MINOR AMBULATORY SURGERY"



Es un objetivo logrado con la cirugía mayor ambulatoria del regreso temprano del paciente a su domicilio, pero con garantía total de que su convalecencia quirúrgica va a estar vigilada en el marco de una organización entre el centro asistencial y el equipo

quirúrgico y anestésico reanimador. Los progresos realizados con este tipo de cirugía se vienen poniendo de manifiesto en las diversas reuniones y congresos, junto a la creación de sociedades como es la reciente «Sociedad Española de Cirugía Mayor Ambulatoria» (4).

Fundamentos

Para que esta forma de realizar la cirugía sea efectiva requiere que se ubique en unidades diferenciadas que funcionen de forma autónoma, integradas o independientes, pero con actividad que puede ser paralela a las habituales del hospital, en tanto dispongan de departamento quirúrgico y circuitos adicionales con protocolos y dinámica específica y, por supuesto, con personal entrenado que haga posible a las unidades sean multidisciplinarias puedan ir incorporando técnicas de mayor complejidad y abarcar todas las especialidades.

Naturalmente, siempre quedará, más o menos, un 55% de cirugía mayor que no se podrá realizar de forma ambulatoria, como, por ejemplo, aquellos pacientes con enorme riesgo hemodinámico, complicaciones intraabdominales o cardiopulmonares, con restricción prolongada respiratoria o con imposibilidad de nutrición oral, pacientes, en suma, con dolor que requiere fármacos que inhiban la función respiratoria o perturbe el nivel de conciencia, en fin todo lo que compromete la seguridad y tranquilidad del paciente y de la familia.

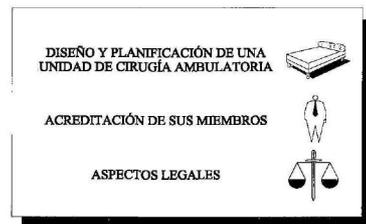
Ahora bien, para llegar a una perfecta implantación de la cirugía mayor ambulatoria se requiere un cambio cultural entre los profesionales, la administración y los pacientes.

Los pacientes, está demostrado, son los que mejor se adaptan y además los que con más entusiasmo colaboran.

La administración nunca termina de conectar perfectamente con los profesionales. De entre los profesionales, el personal de enfermería es el que mejor responde con una entrega total.

Los profesionales son lo que vienen poniendo más reparos y se entienden perfectamente, en tanto es sobre los que más responsabilidad recae, pues naturalmente sobre los resultados de hernia de la pared abdominal o colecistectomía la primera mirada se dirige hacia el cirujano.

Habrà que añadir que para los cirujanos y anestesistas supone un esfuerzo añadido, y que haya faltas de incentivos les suponga una carga más y una rémora para otras actividades e incluso miedo, en los tiempos que vivimos, a implicaciones legales no bien amparadas todavía y sobre todo el de no disponer de verdaderas unidades de cirugía mayor ambulatoria bien diferenciadas.



Con toda probabilidad, el 40/45% de la cirugía general, incluidas las especialidades, puede realizarse sin hospitalización del paciente. Ello va a contribuir, de forma significativa, a un enorme equilibrio en el «coste/beneficio» sanitario que tanto preocupa a la administración hospitalaria.

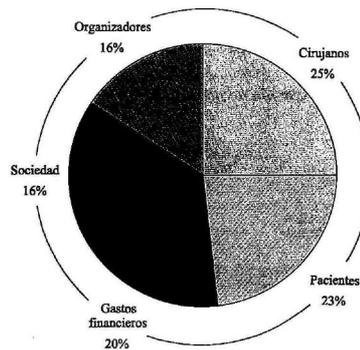
La cirugía mayor ambulatoria tendrá que fundamentarse sobre una amplia base constituida por una estructura de organización (16%), una aportación financiera (20%), la propia sociedad (16%), los pacientes (23%), y los profesionales (25%). Sin estos cinco soportes el programa podrá fracasar.

Organización

Contando con los anteriores pilares donde apoyar e iniciar la organización de un programa de cirugía ambulatoria, desde el

primer momento habrá que saber distinguir entre la «Cirugía Mayor Ambulatoria» y la «Cirugía Menor Ambulatoria». La primera supone operaciones que se realizan bajo anestesia general y que no van a ser hospitalizados, pero sí van a necesitar un período de recuperación y de observación antes de reintegrarse a su domicilio. En la segunda se practica toda la cirugía con anestesia local, con inmediato regreso del operado a su domicilio.

EQUILIBRIO COSTO/BENEFICIO



SOPORTE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Todo el esfuerzo que se ponga en una buena organización irá rápidamente seguido de una clara disminución de los gastos sanitarios, pero una buena planificación pasa por el buen diseño de la unidad, la acreditación de sus miembros, al tratarse de un muy específico campo de la cirugía moderna y sin olvidar los aspectos legales de tanta trascendencia en nuestro tiempo.

Gracias al influjo de los propios anestésistas, haciendo y poniendo en practica una «Anestesia Mayor Ambulatoria», hicieron

posible la implantación y el progreso de este tipo mayor de cirugía ambulatoria, siendo en la década de los años sesenta, en la Universidad de California, en Los Angeles, cuando Cohen y Dillon (5), reconocieron el término de «Major Ambulatory General Anesthesia» poniéndolo en práctica, haciendo una selección de pacientes, con cirujanos muy cualificados, con valoración preanestésica y con una impecable administración anestésica, pensaron no habría razón para temer complicaciones y dejar al paciente alojado en su propio domicilio, sin hospitalización. Gracias, pues, a la pericia de los propios anestelistas se pone en marcha un programa de anestesia mayor ambulatoria que permite la práctica de la cirugía mayor ambulatoria, con todas las ventajas que comporta.

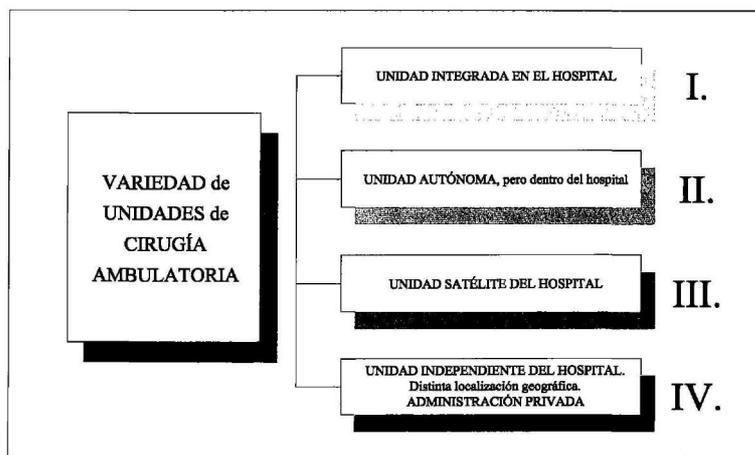
Las enormes ventajas de la cirugía ambulatoria radica en que verdaderamente el paciente cambia mínimamente su estilo de vida, con menos ansiedad, con menos riesgo de infección y hasta puede que reciba más atenciones individualmente y si hay una buena organización con costos reducidos. El retorno al trabajo será más precoz y desde

luego el médico tendrá más contacto con el paciente, en tanto que en el hospital queda más reducido. Nunca habrá que minimizar algunas desventajas que estarán presentes en cualquier momento, como el que por una baja cultura o irresponsabilidad el paciente no cumpla las instrucciones que recibe, no tenga una competente asistencia en su casa, no disponga de medio de transporte propio o incluso necesite en un momento determinado una reanimación y requerir ser trasladado urgentemente al hospital.

Tipos de unidad

Se han venido describiendo cuatro tipos de «Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria»:

1. Unidad integrada en el Hospital: Área dentro del hospital que admite sus propios pacientes y desde donde una vez tratados son reintegrados a sus domicilios, pero el bloque quirúrgico y sus diversas dependencias y circuitos son comunes.
2. Unidad autónoma, pero dentro del hospital, como unidad autosuficiente, con los cuidados pre, intra y post operatorios idóneos. Suelen utilizarse zonas laterales del edificio hospitalario o planta baja.



3. Unidad satélite del hospital autónoma y situada fuera del edificio, en el «campus».

4. Unidad independiente, libre bajo todos los aspectos del hospital, unidad privada, y situada en otra zona geográfica del Área hospitalaria y además administrativamente no dependiente de la salud oficial (6).

El tipo primero de unidad tiene la ventaja de requerir solamente una remodelación limitada y de ser fácil la adaptación al esquema hospitalario para adaptarlo a una función quirúrgica ambulatoria. También el gasto es mínimo. Por parte de la administración hospitalaria hay poco riesgo, pues puede cambiarse pronto su función y volverla a la anterior. También los cirujanos y anestesiólogos, gracias a su flexibilidad, pueden adaptarse rápidamente a una u otra función. Tiene, en cambio, la desventaja de que el paciente se sienta atendido en otra Área que considera de segunda clase con la impresión de mayor inseguridad (7). El tipo segundo de unidad, es grata para el paciente y también para los profesionales, puesto que se ha diseñado como unidad autónoma y la eficacia quirúrgica se incrementa. Es más cara que la anterior y crea un espacio no muy convertible para incorporarla en otras áreas hospitalarias. El tipo tercero de unidad, la que se construye satélite al hospital, en el «campus» del mismo tiene total independencia y más comodidad para los pacientes es tan autónoma como la anterior, pero tiene el inconveniente de que puede surgir cierta competencia entre los cuerpos facultativos de uno y otra institución e incluso en los pacientes. Finalmente, el tipo cuarto o unidad libre, privada es independiente a todo cuerpo hospitalario y toda Área administrativa de la salud. No es caro porque el paciente recibe cuidados y seguridad pese a la magnitud de la cirugía sin necesitar el sofisticado medio hospitalario y al no tener la administración hospitalaria sobre la unidad, el costo es algo inferior. La gran desventaja es que el paciente requiera en un momento dado los servicios del hospital (8).

Valoración de los pacientes candidatos a cirugía mayor ambulatoria

Todo paciente que va a ser intervenido en régimen de cirugía mayor ambulatoria deberá someterse a un individual y específico examen por el equipo de profesionales que le va a tratar, y concretamente por el cirujano y anestesiólogo que bajo su total responsabilidad se va a desarrollar el acto quirúrgico, que valoren los datos y resultados obtenidos y a así dispongan de suficiente información acerca de la ausencia de riesgo de ser intervenido sin hospitalización.

Una historia clínica completa y el examen general del paciente, junto a su condición y estado mental, así como su capacidad, entorno familiar y social, para que el paciente, una vez intervenido, sin internarse pasa a su domicilio es una valoración de capital importancia para el éxito de toda programación quirúrgica en régimen ambulatorio. En cada caso concreto habrá que estudiarle sus aspectos psicobiológicos y sociales que nos podrán ayudar a seleccionar los candidatos para someterlos al programa que venimos comentando. Respecto a los aspectos psicobiológicos, por lo que se refiera al estado psíquico de cada paciente es importantísimo cuidarlo, puesto que el equilibrio anímico puede verse incrementado al tener la cirugía mayor ambulatoria menos impacto emocional que en los pacientes con ingreso hospitalario, en tanto todo se desenvuelve en un ambiente más relajado.

En cuanto a los aspectos biológicos, todo paciente que va a ser sometido a cirugía mayor ambulatoria tiene que reunir las características fisiológicas que se incluyen en el primer grupo o clase «I» de la «American Society of Anesthesiologists» (ASA) (9), que más adelante referimos de forma resumida. Finalmente, los factores sociales, el entorno familiar amigos, ambiente, etc., deberán ser conocidos e investigados, así como la distancia existente entre la casa del paciente y la unidad donde se va a realizar la intervención y los detalles respecto al transporte, pues si el domicilio se encuentra lejos requiere más de una hora o dos para el

VENTAJAS de la CIRUGÍA AMBULATORIA

Los costes son más reducidos.
Menor riesgo de infección.
Retorno precoz al trabajo.
Contacto más directo, del médico con el paciente.
Menor ansiedad.
Más atenciones individualizadas.
Cambios mínimos en el estilo de vida.

INCONVENIENTES de la CIRUGÍA AMBULATORIA

En un momento dado, necesitar reanimación.
No disponer de asistencia competente a domicilio.
No disponer de transporte propio.
No cumplir las instrucciones preoperatorias.

viaje, convendría disponer de residencia/hotel, ya previamente preparado para esta finalidad, de alojamiento del paciente, y que serviría tanto para el preoperatorio, como para el post operatorio, antes del retorno definitivo a su hogar. De la misma forma, hay que investigar que si la familia no tiene capacidad de asistencia o el paciente vive solo, hay que preparar amigos, asistentes, auxiliares, enfermeras e incluso médicos generalistas para que el paciente se encuentre vigilado acerca de su nutrición, sedación del dolor, control de la diuresis, evacuación intestinal, descanso nocturno y

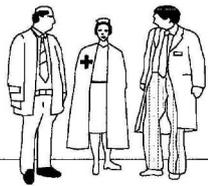
deambulación. Finalmente, tener asegurada su conexión con la unidad donde se intervino (10).

Las pruebas y las exploraciones preoperatorias tienen que ser las justas, pero no menos, por aquello de que el paciente no va a ser internado, sino las necesarias y justas, como acabamos de indicar, que brinden un soporte de información y seguridad tanto al paciente como a los profesionales que le atienden. En los días del preoperatorio deberá, asimismo, el paciente familiarizarse con el personal de la unidad de cirugía ambulatoria, que contribuirá a distenderle y a ganar confianza y seguridad.

La evaluación anestésica estará determinada por la clasificación de la «American Society of Anesthesiologist», (ASA), En el primer grupo o «ASA I», se incluyen los pacientes que al estar saludables el riesgo es nulo o mejor mínimo. No tienen trastornos orgánicos, no está alterada su fisiología ni su bioquímica y no están alcanzados de alguna perturbación psíquica. No tienen, pues, patología sistémica. Un ejemplo de este grupo, de paciente saludable, es el sujeto que se va a operar de una hernia. O bien la mujer saludable que se quiere extirpar un fibroadenoma de mama, o practicarse una rinoplastia o corregir un estrabismo, o el deportista que se hace extirpar un menisco lesionado. O bien, por poner un último ejemplo, una hemorroidectomía en paciente que tiene sangrado profuso y anemizante, pero está sano.

Pacientes incluidos en un riesgo «ASA II», sufren una patología sistémica moderada, que le ocasiona perturbaciones orgánicas, bien por el proceso del que va a ser intervenido o por obra de alteraciones fisiopatológicas, como una diabetes, hipertensión arterial, obesidad, bronquitis crónica, senilidad... En relación con la diabetes, nos referimos a la que fácilmente es tratada con dieta o a lo sumo con antiabéticos orales. Respecto a los pacientes incluidos en un tercer grupo o «ASA III», y los siguientes deberán ser intervenidos en el hospital y por tanto ser excluidos del protocolo de Cirugía

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA



- Cuerpo facultativo
- Servicio de enfermería
- Administración

80



CUERPO FACULTATIVO

- Cirugía
- Especialidades quirúrgicas
- Anestesiología



MÉDICOS NO QUIRÚRGICOS

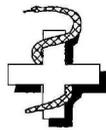
- Laboratorio
- Radiología
- Medicina interna

Mayor Ambulatoria, en tanto requieren ser internados en el hospital al tener severa perturbación orgánica, como diabetes insulino-dependiente, grave HTA, antecedentes de complicaciones vasculares, cardiopatía isquémica. Sin embargo, hemos leído que un paciente con leucemia que se va a intervenir, por ejemplo, de una hernia inguinal «incaerada» tiene más riesgo de infección en el hospital que en una unidad de cirugía ambulatoria.

Tanto el ASA IV (severas alteraciones sistémicas Insuf. cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal, hepática o endocrina...) como el ASA V (paciente al borde del fallecimiento, hipertensión endocraneal, embolia pulmonar, rotura de aneurisma con profundo shock...) necesitan urgentemente ser ingresados e intervenidos en el hospital.

Cirugía Mayor Ambulatoria. Su aplicación en patología quirúrgica general

El cirujano general tiene, en la actualidad, una constante necesidad de la unidad de cirugía mayor ambulatoria, puesto que va a constituir una significativa parte de su práctica quirúrgica general, desde el momento que casi un 45% de su ejercicio podrá realizarlo en régimen ambulatorio y con la protección y simpatía —suponemos—, de la administración al reducir los costos de la sanidad, tan primordial en nuestro tiempo, en que peligró el bienestar conseguido. A esto habrá que añadir la denatalidad de nuestro tiempo. España, 1, 2 hijos por mujer, está abocada a jugarse el recambio generacional, el funcionamiento del sistema de pensiones y hasta la paz social y no podrá frenar la inmigración, para importar mano de obra.



SERVICIO DE ENFERMERÍA

- Dirección
- Secretaría
- Enfermería



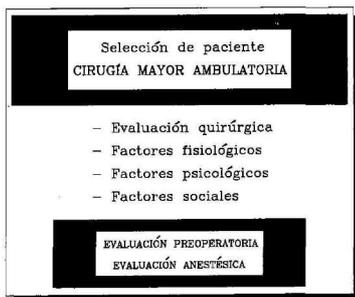
SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN

- Gerencia
- Administración

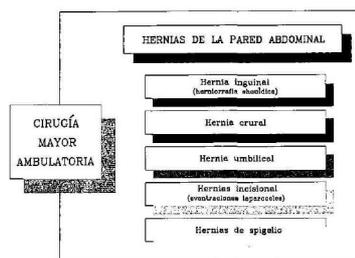
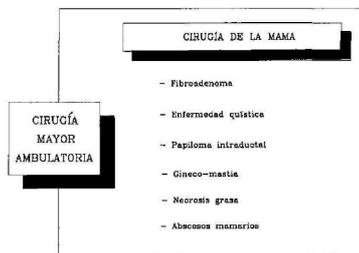


Durante muchos años se ha proclamado hasta la saciedad la superpoblación que amenazaba al globo, pero en la actualidad los resultados de los cálculos empiezan a preocupar porque lo que se está provocando es el envejecimiento y posterior descenso de la población mundial.

El menor costo de la salud será, pues, uno de los objetivos constantes en la política sanitaria y por tanto la cirugía ambulatoria, viene a aliviar las cargas de la sanidad siempre y cuando se cumpla con rigor técnico y administrativo y se ponga el entusiasmo y la motivación que merece.



Respecto a la cirugía, la mama, la enfermedad quística, los fibroadenomas, el papiloma intraductal, los abscesos, es patología tributaria de cirugía ambulatoria, así como toda la cirugía de las hernias de la pared abdominal, como la herniorrafia inguinal de Shouldice (11), preciosa técnica que desde hace años venimos practicando, sin recidivas, así como el proceder de



Lichtenstein, con el «plug» (12) de marlex, para la hernia crural o hernia femoral. También la hernia umbilical y la incisional, la epigástrica y la de Spigolio. El tratamiento quirúrgico ambulatorio de las varices del miembro inferior, o sea, el proceder que se denomina «Chiva» o «Cura Hemodinámica de la Insuficiencia Venosa Ambulatoria» y que se practica con anestesia local y está basado en el conocimiento hemodinámico venoso de las extremidades inferiores obtenido mediante Eco-Doppler.

La intervención consiste en la ligadura del cayado de la vena safena interna, cuando se demuestra que tiene reflujo, y en la interrupción de los shunts veno-venosos o «comunicantes», mediante mínimas incisiones, sobre las líneas marcadas que se señalaron con anterioridad, en la piel y con la ayuda del Eco-Doppler. Los buenos resultados estéticos, económicos y la disminución de complicaciones incorporan a este método al régimen de cirugía mayor ambulatoria como verdadera alternativa en el tratamiento de las varices esenciales y siempre y cuando el aprendizaje (que no es sencillo) se haya conseguido, al lado del que ya tiene una larga experiencia (14, 15).

Gran número de lesiones anorrectales pueden ser atendidas y tratadas con cirugía ambulatoria, como los condilomas «acuminata», los abscesos anorrectales e isquiorrectales, la misma fistula anal, siempre y cuando no sea una fistula de las llamadas complejas, que como bien se sabe, obedece a su extensión en el plano transversal al ha-



CIRUGÍA AMBULATORIA ANORRECTAL

- Condilomas acuminata
- Abscesos perianales
- Fístula anal
- Fisura anal
- Hemorroides
- Enfermedad pilonidal

cerse transesfinteriana o, si se ha extendido en sentido ascendente, comprometer los espacios supraesfinterianos. Asimismo, la fisura de ano, especialmente la simple, en tanto hay algunas que pueden ser manifestación de un proceso inflamatorio intestinal como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn. Finalmente, las hemorroides, especialmente todos los tratamientos que sean poco cruentos, como la ligadura elástica, la fotocoagulación, la trombosis hemorroidaria y la simple hemorroidectomía, pero no hay que dudar una amplia exéresis de paquetes hemorroidales, muy evolucionados, operarlas internando al paciente en el hospital, especialmente en pacientes prostáticos que pueden evolucionar con retención de orina. El sinus pilonidal y la polipectomía endoscópica no hay duda en asistirles en régimen ambulatorio (16).

La cirugía pediátrica tiene una amplia indicación en la unidad de cirugía ambulatoria, como la herniorrafia inguinal, la cirugía de la criptorquidia, la herniorrafia

ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

- Tracto digestivo alto
- Colonoscopia

umbilical, procedimientos genitourinarios, fimosis, hipospadias y toda una serie, de procesos de tejidos blandos, y de miscelánea que el paciente pediátrico soporta perfectamente (17, 18).

En otorrinolaringología, la cirugía ambulatoria también tiene ancha aplicación. Cirugía del oído externo, miringotomía, timpanoplastia; cirugía de la nariz, septoplastia, cirugía de los senos paranasales, la antrotomía intranasal, antroscopias, la antrotomía radical (CALDWELL-LUCC), etc... Finalmente, patología traumática, fracturas nasales, fractura del arco zigomático, fractura maxilar, y casi toda la cirugía de la cavidad oral, tonsilectomía, adenoidectomía y alguna selectiva cirugía del cuello (19).



CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA

- Cirugía arterial
- Cirugía venosa

En cirugía ortopédica la acromioplastia del hombro, la artroscopia de la rodilla, del hombro, la extirpación del extremo distal de la clavícula en la artritis crónica degenerativa acromio-clavicular, la inyección de esteroides en el quiste humeral y la misma transposición del nervio cubital, en las algias del codo que pueden estar asociadas a déficit neurológico distal, descomprimiendo el nervio con su transposición anterior. El tratamiento del codo de tenis, los implantes de silastic, la extirpación de la aponeurosis palmar en la contractura palmar de Dupuytren, la cirugía de la sindactilia, etc..., la subluxación de la rótula, la tendinitis posterior tibial con rotura, el síndrome del túnel carpiano, la reconstrucción del ligamento lateral del tobillo, el neuroma interdigital o neuroma de Morton, en fin patología traumática, fracturas que no requieren

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA
en:
Pediatria



CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA
en:
Ginecología
y
obstetricia



ser ingresados en el hospital, así como suturas tendinosas, etc... (20, 21).

La cirugía plástica ambulatoria tiene su indicación en cabeza y cuello, siendo la blefaroplastia la más clara indicación, así como la rinoplastias y nasoplastias y las plastias a nivel del pabellón auricular. La cirugía plástica de la mama, la mamoplastia, tanto para la mastopexia, cirugía de la reducción de mama en la macromastia, así como la reconstrucción de la aureola y del pezón. La cirugía plástica de la mano. La liposucción y otras técnicas para el cuidado y mejora de la estética y la imagen se practican en régimen ambulatorio (22).

Las nuevas técnicas de cirugía oftalmológica se realizan en unidades y en las mismas consultas oftalmológicas con pleno éxito, como procedimientos para la catarata, el glaucoma, técnicas de corrección del estrabismo, procedimientos corneales, oculoplastia y procedimientos vítreo/retinianos (23).

Por último, señalamos que también en obstetricia, ginecología y urología hay indicaciones claras para asistir a las pacientes y enfermos urológicos dentro de un programa de cirugía ambulatoria.

Todo lo comentado anteriormente viene a reafirmar a la Cirugía Mayor Ambulatoria como una necesidad de nuestro tiempo que lleva implícito un inmenso beneficio a la sociedad, paralela a la satisfacción de todos sus participantes, profesionales, pacientes y miembros de la administración, razones suficientes para impulsar su extensión y crecimiento conforme a su organización se apoye en profesionales muy competentes y una administración, despolitizada, que busque sólo la calidad, dentro del equilibrio coste/beneficio (24). ◀

84

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA
en OTR

-  - Oftalmología
-  - Cirugía ortopédica
-  - Cirugía plástica

F. Palma, Unidad de Cirugía Coloproctológica, Clínica Quirúrgica «La Inmaculada», Jaén; P. Palma, Proktologische Klinik, Prosper Hospital, Recklinghausen; A. Leiva, Hospital M. Infantil de la S. S., Jaén; F. Palma (Jr.), Cirugía General y Digestiva. Hospital «Costa del Sol», Marbella

Bibliografía

1. SIERRA GIL, E.: «Las nuevas maneras en la cirugía actual». *Cir. Esp.*, 1992; 52:167-168.
2. SEVILLA PÉREZ; FERNÁNDEZ PALOMEQUE, C.: *Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria, 1993.
3. DAVIS, JE.: «The need to redefine levels of surgical care». *JAMA*, 1984; 251:25-27.
4. RIVERA CUTIÉRREZ, J.; GINER NOGUER, as M., SALINAS TAPIAS, J.; CARDONA PETO, J., GONZÁLEZ DEVESA, A.: «Cirugía Ambulatoria. A propósito de 564 casos consecutivos». *Cir. Esp.*, 1992; 51:101-105.
5. COHEN, DD., DILLON, JB.: «Anesthesia for outpatient surgery». *JAMA*, 1966; 196:1.114.
6. LA TOAR, SA.; CALDER, BJ., BURNS, LA.: «Marketing hospital ambulatory care services». In: MESHENBERG, KA.; BURNS, LA. (EDS): *Hospital Ambulatory Care: Making Work*. Chicago, American Hospital Association, 1983; pág. 13.
7. DETMER, DE.: «Ambulatory Surgery». *N. Eng. T. Med.*, 1981; 305:1.406-1.409.
8. EPSTEIN, BS.: *Same-Day Surg.*, 1979; 3:9.
9. MERIDY, HW.: «Criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines for anesthetic management. A retrospective study of 1.553 cases». *Antesth. Anal.*, 1982; 61:921-926.
10. NATOF, HE.: «Complications associated with ambulatory surgery». *JAMA*, 1980; 244:1.116-1.118.
11. PALMA, F.; PALMA, P.; LEIVA, A.; MARTÍNEZ, G.; PALMA, F. (JR.); ARCOS, J.; EXPÓSITO, F.; LENDÍNEZ, AR.: *Shouldice Herniorrhaphy Video-Review of Surgery*, 1995; 5:37-41.
12. PALMA, F.; PALMA, P.; LEIVA, A.: «La herniorrafia de Shouldice, nuestra experiencia». *Cir. Esp.*, 1993; 2:100-104.
13. FARQUARSON, EL.: «Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as outpatient procedure». *Lancet*, 1995; 2:517-519.
14. FRANCO, G.: «La cure hemodynamique d'insuffisance veineuse en ambutoire (Chiva). Revolution ou regression». *J. Maladies Vasculaires*, 1992; 17:301-307.
15. SENOSIAIN L. DEL CAMPO: «Cirugía ambulatoria para el tratamiento de las varices de la extremidad inferior». *Cirugía Española*, 1997; 5:392-399.
16. SMITH, LE.: «Ambulatory surgery for anorectal disease: An update». *South Med. J.*, 1968; 79:163-166.
17. CLOUD, DT.: «Outpatient pediatric surgery: A surgeon's view». In *Anesthesiol. Clin.*, 1982; 20:99.
18. CLOUD, DT.: «Major ambulatory surgery». In DAVIS, JE (ed): *Major Ambulatory Surgery*. Baltimore, Williams Wilkins, 1986; pág. 367.
19. MATHOC, RH.: *Maxiflofacial Trauma*. Baltimore, William Wilkins, 1984.
20. JOHNSON, LL.: *Arthroscopic Surgery: Principles and Practice*. Vols. 1 and 2. Ed. 3 St. Louis, CV Mosby, 1986.
21. MANN, RA.: «The tarsal tunnel syndrome». *Orthop. Clinic. North. Am.*, 1974; 5:109.
22. PEACOCK, EE. (JR.): «Major Ambulatory Surgery of the Plastic Surgical Patient». In the *Surgical clinics of North America*, 1987; 4:865.
23. WILLIAMSON, DE.: «Ophthalmological Surgery». In: DAVIS, JE. (ed): *Major Ambulatory Surgery*, Ed. 1 Baltimore, Williams Wilkins, 1988. 6; pág. 297.
24. NATOF, HE.: «Complications associated with ambulatory surgery». *JAMA*, 1980; 244:1.116-1.118.