



# Tratamiento del paciente en cirugía ambulatoria

L. Tran, A. Theissen, M. Raucoules-Aimé

*La cirugía ambulatoria es una alternativa a la hospitalización tradicional (que requiere una estancia hospitalaria) y permite al paciente volver a su domicilio el mismo día de su ingreso (en la actualidad, la estancia debe ser inferior a 12 horas) después de haberse sometido a una intervención quirúrgica en un entorno técnico quirúrgico. La cirugía ambulatoria está sometida desde 1992 a una reglamentación precisa. Esta modalidad de tratamiento se considera beneficiosa en términos de organización del sistema asistencial, de calidad de la atención, de satisfacción de los pacientes y permite una reducción del coste asistencial. Los criterios de selección de los pacientes para la cirugía ambulatoria son de tipo médico, psicosocial y ambiental. La mayoría de las patologías no contraindican el manejo ambulatorio. Sin embargo, algunas deben valorarse en función de la gravedad de la afección teniendo en cuenta los riesgos potenciales asociados: obesidad mórbida, síndrome de apnea del sueño, coronariopatía evolutiva, insuficiencia renal, etcétera. Parece que la influencia de la edad sobre la evolución postoperatoria sólo es significativa para los grandes ancianos. El riesgo de hospitalización imprevista es mayor en esta población; hay que tenerlo en cuenta durante la programación del procedimiento e informar de ello al paciente y sus allegados. La premedicación farmacológica no es sistemática en cirugía ambulatoria y se reserva a los pacientes ansiosos. La mejor de las premedicaciones consiste en el diálogo durante la consulta de anestesia y en la calidad de la recepción del paciente. Aunque la anestesia locorregional (ALR) está en pleno auge, la anestesia general supone cerca del 55% de las anestесias realizadas en los procedimientos ambulatorios. La administración simultánea de anestésicos locales (AL), mediante infiltración o por bloqueo periférico tiene como objetivo reducir la morbimortalidad perioperatoria y el tiempo que pasa el paciente en la sala de vigilancia postoperatoria (SVPO). El beneficio de la utilización de los morfínicos durante la anestesia ambulatoria debe sopesarse siempre, debido a los efectos secundarios (náuseas, vómitos, somnolencia) que pueden retrasar el alta del paciente. Si el anestésista-reanimador realiza una sedación, debe llevarla a cabo de un modo acorde a las condiciones técnicas de funcionamiento de los centros sanitarios relativas a la anestesia. La ALR, aunque aún está infrutilizada, presenta muchas ventajas en cirugía ambulatoria. Permite la reducción de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), una reducción de los costes y una analgesia postoperatoria eficaz. La colocación de un catéter al nivel de la herida quirúrgica, de un plexo, de un trayecto nervioso o de una articulación reduce el dolor postoperatorio. Con vistas a determinar la idoneidad para el alta, la escala más utilizada en la actualidad es el Sistema de puntuación del alta postanestésica o PADSS (Post-anaesthesia Discharge Scoring System) o la PADSS modificada. En Francia, se asocia a las recomendaciones de Korttila. La necesidad de beber y de orinar antes del alta sólo es indispensable en la cirugía o los pacientes de riesgo. La tasa de complicaciones en cirugía ambulatoria es muy baja. Las hospitalizaciones no programadas suponen el 0,26-2,6%, dependiendo de los equipos y de la cirugía realizada. El mayor porcentaje de ingresos no programados se observa en ginecología, en particular después de laparoscopia, y en urología. Se trata esencialmente de hemorragias o de dolor no manejable en el domicilio.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Cirugía ambulatoria; Anestesia; Circuitos; Flujo; Indicadores de calidad; Dolor; Náuseas y vómitos; Reglamentación

## Plan

■ Contexto y definiciones	2
■ Marco reglamentario, organización, funcionamiento y responsabilidades	3
Marco reglamentario	3
Aplicación de medidas incentivadoras	3
Organización, funcionamiento y responsabilidades	3
■ Aspectos organizativos	4
Gestión de los flujos	4
Organización arquitectónica y funcional	6
■ Criterios de elegibilidad y evaluación preoperatoria	7
Procedimientos que pueden realizarse de forma ambulatoria	7
Pacientes que pueden tratarse de forma ambulatoria	7
Evaluación de la factibilidad del acto quirúrgico de forma ambulatoria y organización de la sustitución de la cirugía convencional por la cirugía ambulatoria	9
■ Tratamiento perioperatorio	10
Consulta de anestesia	10
Suspensión de la vía oral preoperatoria	10
Visita preanestésica	10
Premedicación	11
Anticipación de las principales complicaciones postoperatorias	11
Anestesia	11
■ Despertar, criterios de idoneidad para el alta, retorno al domicilio	14
Marco reglamentario	14
Escalas de despertar	14
Escalas de idoneidad para el alta	14
Procedimientos acelerados en cirugía ambulatoria ( <i>fast-tracking</i> )	15
Anestesia locorregional y retorno al domicilio	15
■ Manejo del dolor y de las náuseas y vómitos postoperatorios	16
Tratamiento del dolor	16
Tratamiento de las NVPO	17
■ Motivos de rehospitalización y complicaciones en cirugía ambulatoria	17
■ Garantía de calidad y gestión de los riesgos	17
Llamadas en los días previos a la intervención y el día siguiente	17
Programación y verificación de las historias clínicas	18
Calidad y gestión de los riesgos	18
■ Conclusión	19

## ■ Contexto y definiciones

El término ambulatorio puede definirse como cualquier tratamiento médico, organizativo y administrativo que permite al paciente abandonar el mismo día el centro donde se ha realizado el procedimiento ambulatorio (duración de la estancia del paciente en la unidad inferior o igual a 12 horas). Puede tratarse del regreso a su lugar de alojamiento habitual o a un lugar de alojamiento transitorio, como una casa medicalizada o la casa de un familiar. En Francia, la cirugía ambulatoria se define como una cirugía cualificada, es decir, una «auténtica» cirugía que requiere la seguridad de un quirófano. La cirugía ambulatoria sustituye a un tratamiento realizado habitualmente en hospitalización tradicional. Los procedimientos médicos (procedimientos de exploración, endoscopia) y quirúrgicos (cuidados externos) que no requieren para su realización un sector quirúrgico o una anestesia en el sentido reglamentario no forman parte de esta cirugía cualificada. Aunque algunos cuidados externos se realizan en el marco de una unidad de

cirugía ambulatoria (UCA), la reglamentación (seguridad, organización), la asignación de recursos o la tarificación relativa a la cirugía ambulatoria no se les aplican. Las operaciones o procedimientos realizados de forma ambulatoria son programados. Sin embargo, si se seleccionan de forma adecuada, y a condición de no alterar la organización y la planificación aplicadas, también se pueden realizar intervenciones quirúrgicas urgentes, incluso traumatológicas, en las UCA. La cirugía ambulatoria es un proceso organizativo y debe diferenciarse de la rehabilitación rápida tras cirugía (RRTC), o mejorada tras cirugía (RMTC), que es más un proceso profesional destinado a reducir la agresión quirúrgica y a mejorar el postoperatorio de cualquier cirugía. En la actualidad, cerca de uno de cada dos ingresos quirúrgicos se realizan de forma ambulatoria <sup>[1]</sup>, esencialmente en la franja de 18-64 años (64%) con una incidencia más elevada después de los 65 años <sup>[2]</sup>, lo que aún deja un margen de progresión importante. En Francia, el desarrollo de la cirugía ambulatoria (CA) se inscribe actualmente en el marco más global del «viraje ambulatorio», que es un importante eje médico-quirúrgico de la estrategia nacional de salud y del proyecto de ley de modernización del sistema sanitario. Basándose en las recomendaciones del informe elaborado por la Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) y la Inspection Générale des Finances (IGF) respecto a las «perspectivas del desarrollo de la cirugía ambulatoria en Francia», publicado en enero de 2015 <sup>[3]</sup>, el ministerio ha definido las orientaciones estratégicas del programa nacional de cirugía ambulatoria para los años 2015-2020. El programa nacional de desarrollo de la cirugía ambulatoria tiene como objetivo alcanzar un porcentaje del 66,2% en 2020 y de igualar al final los porcentajes de los grandes países industrializados, que están próximos al 80% (lo que representaría actualmente 6 millones de anestesiadas de forma ambulatoria en Francia).

La cirugía ambulatoria se diferencia de las cirugías denominadas:

- de recuperación prolongada (*extended recovery*), también denominadas de «23 horas» o «estancia de una noche» (*23 hours, overnight stay, single night*);
- de corta estancia (*short stay*), es decir, cirugía con una hospitalización de 24-72 horas que deriva del concepto de la RRTC. Más allá de la definición estricta, la cirugía ambulatoria es sobre todo un concepto de organización. Tal y como suele recordar la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS): «La organización está en el centro del concepto y el paciente está en el centro de la organización» <sup>[4, 5]</sup>.

La UCA se define como uno o varios de los locales de un centro público o privado, o de un centro autónomo, destinados a los pacientes tratados mediante cirugía ambulatoria. Los centros que realizan cirugía ambulatoria están sometidos a una autorización y a una reglamentación (cf infra).

### “ Punto fundamental

En Francia, la única definición de la cirugía ambulatoria se refiere a sus condiciones técnicas de funcionamiento (duración de tratamiento ≤ 12 horas, ausencia de estancia nocturna, cirugía sustitutiva, organización específica, organización que permita limitar lo más posible los desplazamientos de los pacientes).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8617046>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8617046>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)