

16 de julio de 2011
“Año 53 de la Revolución”.

Dr. Benito A. Saíenz Menéndez.
Profesor Titular (Consultante) de Cirugía General

Definiciones de Cirugía Mayor y Menor.
Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)

Cirugía Mayor.

- La que hace referencia a los procedimientos quirúrgicos más complejos, con más riesgo, frecuentemente realizados bajo anestesia general o regional (anestesia epidural, lumbar o espinal) y asistencia respiratoria, comportando habitualmente cierto grado de riesgo para la vida del paciente o de grave discapacidad y en la que tanto la preparación para la misma, excepto en la cirugía de emergencia, como su recuperación puede tomar varios días o semanas. Cualquier penetración de la cavidad corporal (cráneo, tórax, abdomen o extensas cirugías de extremidades.) es considerada una Cirugía Mayor.
- Una gran cantidad de intervenciones de Cirugía Mayor no conllevan de forma ineludible la hospitalización más allá de unas horas, realizándose a través de procedimientos llamados de Cirugía Ambulatoria, Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía sin Ingreso, Cirugía de Un Día, Cirugía en el Mismo Día, Cirugía de Pacientes Externos o Cirugía de Alta Precoz, iguales de seguros y con un mejor rendimiento económico, en las que las técnicas quirúrgicas y anestésicas son similares a las empleadas convencionalmente, con la salvedad de que se procura reducir al máximo el traumatismo ocasionado de forma que el paciente pueda regresar a su casa pocas horas después de la intervención.

Cirugía Menor.

- Es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de baja complejidad, que habitualmente no requieren reanimación postoperatoria, que se practican en régimen ambulatorio en pacientes sin problemas médicos coexistentes de riesgo, habitualmente con anestesia local o troncular, con un período mínimo de observación postoperatoria.
- La Cirugía Menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados en centros de atención primaria o unidades hospitalarias, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia loco regional.
- La diferencia entre la cirugía menor ambulatoria realizados en centros de atención primaria y la cirugía menor realizada en

unidades hospitalarias es que si bien en ambos sitios pueden llevarse a cabo procedimientos quirúrgicos similares, los que se realizan en unidades hospitalarias pueden admitir pacientes con un ASA (Clasificación del Estado Físico de la Sociedad Americana de Anestesiología) superior o médicamente más complejos, porque ante cualquier complicación siempre se puede contar con el apoyo del resto de la dotación del hospital.

- Las patologías más habituales que se tratan con cirugía menor son: uña encarnada, drenaje o desbridamiento de infecciones de la piel, abscesos, forúnculos o panadizos, exéresis de hidradenitis crónica, quistes sebáceos, lipomas, verrugas, quistes epidérmicos, fibromas, papilomas y moluscos, queratosis seborreica, tumores epidermoides, cuerpo extraño, úlceras, abscesos, paroniquias, exéresis de la uña, reconstrucción de heridas, desbridamientos de heridas, quemaduras, úlceras o tejidos desvitalizados, entre otras.
- Finalmente debe registrarse adecuadamente el procedimiento realizado por Cirugía Menor en la historia clínica y asegurar la recogida de muestras y su análisis anatómico-patológico, garantizando al paciente un seguimiento posquirúrgico apropiado.

Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

- Es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y vuelven a él después de un período de observación y control. Los términos Cirugía sin Ingreso, Cirugía Ambulatoria, Cirugía de Día o Cirugía de Alta Precoz son sinónimos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), el cual no tiene nada que ver con la Cirugía de Corta Estancia ni con la Cirugía Mínimamente Invasiva. Los pacientes de CMA no ocupan cama, administrativamente hablando.
- La CMA distorsiona muy poco la vida y entorno del paciente, mejora su relación con el equipo quirúrgico, aplica modernas técnicas, tanto quirúrgicas como anestésicas e implica una alta calificación profesional e importante eficiencia organizativa.
- En la CMA desaparece la estancia hospitalaria preoperatoria y con ella la posibilidad de efectuar en ese momento la historia clínica y la exploración del paciente. También desaparece la estancia postoperatoria hospitalaria y con ella el control postoperatorio (tratamiento del dolor, cuidados de la herida, detección de posibles complicaciones, etc.), que se realiza de forma totalmente distinta. Ambos cambios obligan a un enfoque distinto del estudio de estos contenidos tanto en la enseñanza del pregrado como en el periodo de especialización.
- La CMA en nuestro país no tiene un funcionamiento autónomo y comparte los mismos recursos del centro hospitalario del

cual forma parte, debiendo cumplimentar una serie de requisitos funcionales, estructurales y organizativos de forma que garantice las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia para la mejor realización de la actividad.

- Algunas de las ventajas de la CMA: mínima alteración del modo de vida del paciente al dejar su hogar sólo unas horas; atención individualizada, estrechando la relación médico-paciente; disminución de la ansiedad por temor al acto quirúrgico; menor riesgo de infección, al disminuir el tiempo de estancia hospitalaria; reducción de los costos de cada operación que puede superar el 30% ; reducción de las listas de espera, al aumentar la actividad quirúrgica especialmente en aquellas patologías más comunes; pronta reincorporación del paciente a la actividad normal.
- Algunas desventajas o inconvenientes: los pacientes deben participar activamente en el control de su postoperatorio y pueden, en algún caso, no cumplir las instrucciones precisas que se le dan; algunos enfermos pueden vivir alejados de un centro hospitalario presentando dificultades con su transportación; determinados pacientes viven solos y no disponen de ayuda en su domicilio; en algunas ocasiones pueden tener sensación de abandono al ser dados de alta si la información facilitada no ha sido correcta.
- Para ser incluido en este tipo de cirugía se precisa de estabilidad emocional, aceptación voluntaria de la intervención, comprensión de las instrucciones, de un estado de salud razonablemente bueno (ASA I, II y algunos casos seleccionados del grado III) y que la intervención a practicar esté considerada de bajo o mediano riesgo:
 - La mayoría de los pacientes de cirugía ambulatoria son, según la clasificación de la American Society of Anesthesiology (ASA): ASA I (paciente sano, sin trastornos orgánico, fisiológico, bioquímico o psiquiátrico) o II (paciente con un proceso sistémico leve, controlado y no incapacitante, que puede relacionarse o no con la causa de la intervención), pero cada vez se incluyen más pacientes ASA III (paciente con un proceso sistémico grave e incapacitante que puede relacionarse o no con la causa de la intervención) estables desde el punto de vista médico. La edad por sí misma no debería considerarse elemento disuasorio en la selección de los pacientes, si bien se recomienda no incluir pacientes de edad superior a 70 años. Los pacientes ASA IV (desorden sistémico grave e incapacitante que pone en peligro constante su vida, con o sin operación) y ASA V (paciente moribundo con pocas expectativas de supervivencia, con o sin operación) quedan excluidos de la CMA.

- La obesidad severa se considera como una contraindicación que debe ser valorada de forma individualizada. Igualmente no deben incluirse aquellos pacientes incapaces de comprender y respetar las instrucciones orales y escritas suministradas al respecto del procedimiento, aquellos con substrato patológico psiquiátrico y los que tras las pertinentes explicaciones por parte del facultativo, expresen inseguridad o algún tipo de temor ante la perspectiva de ser intervenidos sin hospitalización.
- Los pacientes que requieren en el postoperatorio de cuidados prolongados, muy especializados o críticos del entorno hospitalario quedan excluidos de la CMA.
- Adecuada cobertura por el nivel de la Atención Primaria, básicamente por el Especialista de Medicina General Integral.
- Domicilio cercano y de fácil acceso, con condiciones higiénicas adecuadas, en un núcleo familiar que pueda colaborar en el cuidado pre y post-operatorio del paciente.
- La elección de la técnica anestésica se hará en función del paciente y del tipo de intervención quirúrgica y se utilizarán fármacos de vida media corta, eliminación rápida y que no tengan efectos secundarios. La aceptación de la técnica por parte del paciente es fundamental, ya que evitamos efectos secundarios provocados por la ansiedad.
- Las opciones anestésicas son: Anestesia general, procedimiento más frecuentemente escogido; Anestesia regional (anestesia epidural, lumbar o espinal), tiene como desventaja el bloqueo del sistema nervioso simpático que produce hipotensión ortostática, e impide la deambulación postoperatoria temprana; Anestesia local, se emplea para intervenciones menores sobre partes muy circunscritas, aplicadas usualmente por el propio cirujano sin la participación del anestesiólogo; Sedación vigilada, se aplica a intervenciones realizadas con anestesia local en las que el anestesiólogo administra sedantes y analgésicos para mejorar el confort del paciente.
- La monitorización y los controles preoperatorios en los pacientes ambulatorios exigen la misma calidad que en los pacientes ingresados. A su vez requieren de cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y la analgesia, si hace falta, es de tipo oral.
- Al alta el paciente, en ausencia de hemorragias, deberá haber logrado una recuperación total de conciencia y deambulación con las limitaciones propias de la intervención, estabilidad hemodinámica, ausencia de signos de ortostatismo, deberá ser capaz de tolerar la ingesta oral, en ausencia de náuseas y

vómitos. Requisito fundamental previo al traslado a su domicilio es el control de la micción dado que su capacidad para orinar será la mejor prueba de recuperación de las funciones motora y simpática tras una anestesia epidural o raquídea.

- o Entre otras, se pueden realizar a través de la CMA intervenciones de la pared abdominal, principalmente hernias, previa cuidadosa valoración según sus características; varices; intervenciones de proctología (hemorroides, fístulas y fístulas perianales); enfermedades benignas de la mama; intervenciones de vesícula por vía laparoscópica, si bien se trata de una técnica mínimamente invasiva. De otras disciplinas : en oftalmología, cirugía de estrabismo, párpados y cataratas; en cirugía plástica, abdominoplastias, injertos de piel, rinoplastias o reconstrucciones de mama; cirugía maxilofacial; en otorrinolaringología extirpación de pólipos en cuerdas vocales, cirugía de tímpanos y microcirugía de laringe; en traumatología artroscopias, cirugía de túnel carpiano y de tendones; en urología, fimosis, frenillo, patología del testículo, cistoscopias, tratamientos de hidroceles y varicoceles; en ginecología, ligadura de trompas, laparoscopia diagnóstica y para extirpación de pequeños tumores, legrados uterinos, y en endoscopias del aparato digestivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SARECSS Criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, enero de 2002. [serie online] [citado 2011 julio 16].

Martínez Ramos, C.; Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y Evolución. Reduca (Recursos Educativos). Serie Medicina. 1 (1): 294-304, 2009. [serie online] [citado 2011 julio 16].

Jiménez Bernadó, A.; ¿Qué es la cirugía sin ingreso o cirugía ambulatoria? saludalia@saludalia.com Agosto 2000. Copyright 2005 Saludalia Interactiva . [serie online] [citado 2011 julio 16].

López-Durán Stern, L; Otero-Fernández, R. La cirugía mayor ambulatoria. Published in Rev Ortp Traumatol. 2004;48:411-2. - vol.48 núm 06.

García Gutiérrez A. y Pardo Gómez G.; CIRUGÍA. 2006. Ira. Edición. 4 Tomos. C. de la Habana. Editorial Ciencias Médicas. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas del MINSAP. 2006

Vaquero Martínez, JJ; García Aparicio, JM; Díaz Gómez, J; Blasco Paredes, D. Eficiencia de la cirugía menor en atención primaria según el nivel de facturación. Publicado en Aten Primaria. 2002;30:86-91. - vol.30 núm 02

González Cano J.; CIRUGIA MENOR. Guía de Actuación Clínica en A. P. [serie online] [citado 2011 julio 16].

Caballero Gálvez, S. et Al. Instrumentación quirúrgica en cirugía menor - Revista Electrónica de Portales médicos.
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/878/1/> . [serie online] [citado 2011 julio 16].

AMBULATORY CARE Miller's Anesthesia, 6th ed. Copyright © 2005 Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier

Paul F. White Alejandro Recart Freire Miller: Ambulatory (Outpatient) Anesthesia en Miller's Anesthesia, 6th ed. Copyright © 2005 Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier Chapter 68.

Protocolo de derivación cirugía mayor ambulatoria. Red asistencial Curicó 2006. República de Chile. Servicio de Salud del Maule. Hospital base de Curico. [serie online] [citado 2011 julio 16].

D.J. Peláez Mata Cirugía menor en urgencias en el Centro de Salud. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid. [serie online] [citado 2011 julio 16].

Arroyo Sebastián A, et Al. Programa de implantación y desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en Atención Primaria. Aten Primaria 2003; 32 (6): 371-5.
Tárraga López PJ, et Sl. Cirugía menor en un centro de Atención Primaria rural: 2 años de experiencia. Medicina de familia 2003; 13:285-90.

M. J. GARCÍA CARTAGENA. Las ventajas de someterse a Cirugía Mayor Ambulatoria. Publicado en LA VERDAD el 23 junio de 2007 [serie online] [citado 2011 julio 16].