

Editorial

Cirugía mayor ambulatoria en cirugía ortopédica y traumatología

Los que hemos alcanzado una edad que nos permite dirigir la vista hacia atrás un número importante de años, podemos valorar, con suficiente conocimiento de causa, los cambios que la cirugía en general y la cirugía ortopédica y traumatología, en particular, han experimentado a lo largo de los últimos 40 años, periodo que abarca prácticamente el del desarrollo de nuestra actividad profesional.

Hasta finales de la década de los sesenta del pasado siglo veinte, los tratamientos que se manejaban en nuestra especialidad eran fundamentalmente conservadores, utilizándose los métodos quirúrgicos en una proporción mucho menor que aquellos. La cirugía quedaba entonces reservada para determinadas lesiones traumáticas y no traumáticas como eran las fracturas de cadera, algunas fracturas de los huesos largos, intervenciones sobre partes blandas (lesiones menisco ligamentosas de la rodilla), transferencias tendinosas, osteotomías correctoras, y se actuaba tímidamente sobre la columna vertebral en el caso de las hernias discales. Por esta época se empezaba también en nuestro país a tener los primeros contactos con la cirugía de los implantes articulares. Es preciso que recordemos que todos estos procedimientos se realizaban en su mayor parte mediante amplios abordajes y requerían tiempos quirúrgicos de larga duración.

Es a partir de los años setenta cuando se produce un incremento sustancial de los procedimientos quirúrgicos en nuestra especialidad, incremento que viene favorecido gracias a la mejora tanto de los métodos diagnósticos (sobre todo de imagen), de los anestésicos, así como de los materiales y modelos de instrumentación y, sobre todo, por la introducción de los métodos de endoscopia y percutáneos que han hecho posible que muchas patologías puedan ser solucionadas utilizando abordajes miniinvasivos, con lo que se ha logrado que nuestras intervenciones se hayan hecho menos agresivas, menos traumáticas, menos hemorrágicas y se hayan acortado también con ello los tiempos de intervención.

Podemos decir que lo que llamaríamos gran cirugía ha quedado bastante reducida en nuestro campo, limitándose a las siguientes patologías y procedimientos: cirugía oncológica osteoarticular, cirugía correctora de deformidades y desviaciones vertebrales, cirugía protésica de las grandes articulaciones (especialmente los cambios de implantes) y en relación con los traumatismos; las fracturas del anillo pelviano y cótilo, fracturas y luxaciones graves de la columna vertebral y parte de las fracturas diafisarias de los grandes huesos largos (sobre todo las fracturas complejas).

A finales de la década de los 80 empieza a tomar predicamento, dentro de la asistencia hospitalaria de nuestro país, el régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA), pudiendo además decir que se “institucionaliza” durante los primeros años de los 90 con la publicación de la Guía de Organización y Funcionamiento editada

Editorial

por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 1993. Esta idea surge como consecuencia de la puesta en práctica de nuevos métodos de gestión con los que se tratan de evitar gastos sanitarios innecesarios sin que ello suponga detrimento alguno sobre los pacientes, sino al contrario, un beneficio para los mismos. La creación en los hospitales tanto públicos como privados de unidades de CMA ha podido ir demostrando tales beneficios y, paulatinamente, se han ido incorporando a este sistema cada vez más especialidades quirúrgicas y entre ellas nuestra especialidad que lo ha hecho de una manera cuantitativamente importante.

Si consideramos como CMA aquella cirugía realizada con métodos anestésicos generales, regionales, locales y de sedación, que necesita cuidados postoperatorios de corta duración y poco intensos, que permite dar el alta del paciente pocas horas después de la intervención y por lo tanto no hace necesario el ingreso hospitalario, la cirugía ortopédica y traumatología, por lo expuesto anteriormente, es en la actualidad una especialidad ideal para entrar de pleno en este sistema asistencial. Esta cirugía encuentra en las unidades de CMA un eficaz apoyo para poder resolver una gran parte de los procedimientos quirúrgicos que en ella se utilizan, repercutiendo de una manera muy eficaz sobre los pacientes ya que les permite incorporarse cuanto antes a su medio habitual. Además contribuye con ello a una mejor racionalización de la asistencia en general reduciendo palpablemente el porcentaje de asistencia hospitalaria de los enfermos de esta especialidad.

Si nos referimos al tipo de cirugía que puede llevarse a cabo en estas unidades, podríamos resumirlo así: cirugía artroscópica de rodilla (lesiones meniscales y determinadas lesiones ligamentosas, condropatías, patología sinovial, biopsias, etc.). Cirugía artroscópica de hombro (patología traumática, inflamatoria y degenerativa del manguito de los rotadores, luxaciones del hombro y acromio-claviculares). En el codo las bursitis y epicondilitis. A nivel de la muñeca el síndrome del túnel carpiano, el del canal de Guyón, así como muchas tendinopatías, lesiones sinoviales y formas no extensas de la enfermedad de Dupuytren. En cirugía de la mano una buena parte de las fracturas de los dedos y metacarpianos, dedos en resorte, patología de las vainas sinoviales, etc. Las técnicas quirúrgicas para la patología del tobillo y pie son de las que mejor se adaptan al sistema de CMA, pudiendo señalar de entre ellas todas las técnicas para la corrección del hallux valgus (favorecidas en la actualidad por los abordajes miniinvasivos), hallus rígido, cirugía artroscópica en lesiones osteocondrales, deformidades de los dedos, patología de las uñas, neuritis de Morton y síndrome del canal tarsiano y del seno del tarso. En la columna vertebral se está trabajando cada vez más con procedimientos miniinvasivos, como sucede en las discectomías, nucleotomías y rizotomías y también se pueden incluir las biopsias. Podría pensarse, que en el futuro, las técnicas que utilizan la artroscopia de cadera para solucionar ciertas patologías de esta articulación (p. ej. pinzamientos fémoro-acetabulares) lleguen a incluirse en este tipo de cirugía y pensar (quizás de manera utópica) que con los abordajes poco invasivos de esta articulación y con los métodos de resuperficialización, algunos pacientes adultos jóvenes y con buen estado general que necesitan ser implantados se lleguen a beneficiar de este sistema.

Por supuesto, hay que incluir también en esta cirugía prácticamente gran parte de las biopsias y todas las extracciones de material de osteosíntesis (agujas, tornillos, clavos endomedulares, fijadores externos, etc.), pero exceptuando aquellas correspondientes a amplias fijaciones segmentarias de columna vertebral.

Últimamente se han ido incorporando al sistema una serie de técnicas tales como la radioablación con radiofrecuencia para la extirpación de pequeñas lesiones tumorales (osteoma osteoide y osteoblastoma) e incluso se pueden integrar también pro-

Editorial

cedimientos de vertebro- y cifoplastias en lesiones por aplastamiento vertebral que sean selectivas y quizás técnicas de embolizaciones selectivas. Queremos, no obstante, hacer constatar que no nos vamos a referir aquí a las intervenciones de los pacientes con lesiones traumáticas ya que al realizar su ingreso a través de urgencias quedarían en principio excluidos del régimen clásico de CMA.

Cabe concluir diciendo que la cirugía ortopédica y traumatología es una de las especialidades que más ha contribuido y contribuye al desarrollo de las unidades de CMA y estamos seguros que aún lo hará más, debido a la posibilidad de integración a este sistema de más pacientes con patologías que hasta ahora obligaban al ingreso hospitalario. Los centros hospitalarios, tanto públicos como privados que tienen en marcha estas unidades, y sobre todo los propios pacientes, se verán cada vez más favorecidos con ello. Esto es indicativo que el ahorro y la calidad asistencial son perfectamente compatibles cuando la gestión es eficaz.

L. Ferrández Portal y F. Marco Martínez¹

Catedrático Emérito. ¹Catedrático. Universidad Complutense. Madrid