

## EDITORIAL

## Anestesia regional ambulatoria

### Regional ambulatory anesthesia

S. López Álvarez

*Jefe de Redacción*Autor para correspondencia: [servando.alais@gmail.com](mailto:servando.alais@gmail.com)

Termina el verano y la temporada de vacaciones para muchos. Septiembre es el mes del reencuentro con la actividad profesional y también es un buen momento para retomar la lectura. Os invito a leer los 5 originales de los que consta este número y un excelente artículo de revisión sobre el papel de la anestesia inhalatoria en cirugía ambulatoria. Pero mi objetivo con este editorial es rendir un homenaje póstumo a dos grandes profesionales que nos abandonaron en los dos últimos años (Wallace Reed y Dag Selander). Esta idea nace tras un acontecimiento acaecido en mi vida.

Mi verano ha sido diferente a todos los anteriores, ya que mi primer día de vacaciones sufrí un pequeño accidente con la consecuencia de una fractura de la cabeza del radio y de la apófisis estiloides del mismo. Comprobé las excelencias de la anestesia regional y de la atención ambulatoria. Durante las seis semanas de escayola leí mucho y reflexioné sobre la vida, cómo en segundos cambian todos tus planes. También sobre la atención recibida y por eso nace este editorial, porque tras mi formación como especialista en anestesiología y 20 años de experiencia, las áreas de conocimiento en las que desarrollé mi actividad y mis dos grandes pasiones profesionales son la anestesia ambulatoria y la anestesia regional. Como paciente, y no como profesional, pude comprobar las ventajas de la anestesia regional y de la atención ambulatoria, y por eso acuden a mi mente el recuerdo a dos pioneros en anestesia ambulatoria (Wallace Reed) y anestesia regional (Dag Selander).

Los orígenes de la anestesia ambulatoria moderna hay que situarlos en el año 1970, cuando John Ford y Wallace Reed, inspirados por la visión de ofrecer una mejor atención y un mejor cuidado de un modo más económico, cofundaron el primer centro de cirugía ambulatoria independiente, el Phoenix SurgiCenter en Arizona.

El Dr. John Ford falleció hace 40 años sin poder ver cómo ese primer centro se iba replicando en todo el país, con más

de 5.000 centros en la actualidad de cirugía ambulatoria que realizan más de 22 millones de procedimientos cada año. El Dr. Wallace Reed, sin embargo, pudo observar ese crecimiento y la expansión mundial de la cirugía ambulatoria, contribuyendo de un modo activo a tal fin, desde la primera Junta Directiva de la Society for Ambulatory Anesthesia (SAMBA), creada 1985.

El anestesiólogo responsable de crear el concepto de centros de cirugía ambulatoria ejerció como anestesiólogo hasta 1989, una carrera de 45 años, y murió el 7 de marzo de 2014, a la edad de 97 años. Su carrera comenzó en el ejército (1942-1946) e incluyó el empleo en el Valley Hospital General Forge. Fue consciente de la necesidad de reducir los costes de los procesos de la salud sin sacrificar la calidad de los mismos. Reed se enteró de la historia de un barbero sin seguro, quien explicó que necesitaría 125 cortes de pelo para pagar la cirugía de su hijo, y este hecho es el que inspira a Reed y su socio Ford a fundar el Surgicenter. El éxito fue que el número de casos aumentó de 2.411 el primer año a 5.002 el tercer año, y como consecuencia se crearon diferentes asociaciones relacionadas con la atención quirúrgica ambulatoria (FASA), en las cuales Reed adquirió responsabilidades como presidente de 1974 a 1975, previo a la creación de la SAMBA.

Recibió numerosos reconocimientos, premios y galardones, que no eran tan importantes para él como el amor por su amada María, las relaciones con sus amigos y familiares y su segunda familia (el equipo Surgicenter). Ofreció asistencia sanitaria y también financiera a muchos a lo largo de los años. Era un gran defensor de los desfavorecidos, que será recordado entre sus amigos y conocidos por la compasión, la generosidad, el amor, el aprecio, el sentido del humor y la gratitud y entre los anestesiólogos como el impulsor de la anestesia ambulatoria moderna.

Dag Selander (1939-2013) obtuvo su título de médico en 1967. Se formó en anestesiología en el Hospital Universi-

tario de Sahlgren en Gotemburgo con el Prof. Karl-Gustaf Dhunér, que animó su interés en la anestesia regional y el estudio de sus complicaciones, tema sobre el que realizó su tesis doctoral (*Neural complications of Regional Bloc*).

En 1979 pasó a dirigir el Servicio de Anestesia en el Hospital W. Frölunda, siendo nombrado profesor asociado en Anestesiología y Cuidados Intensivos de la Universidad de Gotemburgo en 1981. Posteriormente, estuvo un año (1985-6) como profesor visitante con el Dr. Alon Winnie en Chicago, y un corto tiempo en Melbourne, Australia, en 1989, antes de regresar al Hospital Universitario de Sahlgren. Luego, en 1992, se convirtió en un asesor médico con Astra Control del dolor, que trabajó principalmente en la introducción del nuevo anestésico local: la ropivacaína.

A lo largo de su carrera profesional ha realizado numerosas publicaciones, la mayoría relacionadas con aspectos de la anestesia regional, pero quizás la más importante surgió de sus primeros estudios de la fisiopatología de la lesión del nervio periférico (*Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 1977; 21: 182-8). Este artículo sigue siendo el punto de partida para cualquier consideración sobre el tema. También me gustaría resaltar entre sus múltiples publicaciones otros dos trabajos, los cuales es muy recomendable su lectura (Selander D. *Nerve toxicity of local anaesthetics, local anaesthesia and regional blockade*. 1<sup>st</sup> edition. Amsterdam: Elsevier Science; 1988 y Selander D, Edshage S, Wolff T. *Parasthesiae or no parasthesiae? Nerve lesions after axillary blocks*. *Acta Anaesthesiol Scand* 1979;23:27-33). Asimismo fue un asistente frecuente a

diferentes reuniones científicas, siempre dispuesto a compartir su conocimiento en este tipo de eventos. Sus contribuciones tienen el reconocimiento, ha recibido el Labat (ASRA 2006) y el Koller (ESRA 2008), los dos premios académicos más prestigiosos relacionados con la anestesia regional.

Tanto Reed como Selander merecen nuestro reconocimiento profesional. Muchos son los cambios producidos; la mayoría de estos avances son el fruto del desarrollo de agentes farmacológicos con propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas que permiten una rápida recuperación del paciente con escasos eventos adversos, los avances tecnológicos con la incorporación de sofisticadas máquinas de anestesia, los sistemas de monitorización o la ultrasonografía como método de localización de plexos, nervios o espacios fasciales, la incorporación de estrategias multimodales en el abordaje del dolor agudo postoperatorio y la prevención de náuseas y/o vómitos postoperatorios nos sitúa en un escenario muy favorable para el desarrollo de la cirugía sin ingreso.

En definitiva, la cirugía ambulatoria no es la alternativa a la hospitalización, debe ser la primera opción y todo paciente que requiera cirugía se programará en régimen de cirugía ambulatoria, salvo que existan criterios que dictaminen lo contrario. La anestesia ambulatoria y las técnicas anestésicas-analgésicas regionales garantizan la eficiencia, calidad y seguridad de sus procedimientos, no existiendo razones científicas que justifiquen un ingreso para un elevado número de procedimientos.