

**Otero Fernández R.**

*Jefe de Sección. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**D**urante los últimos años del pasado siglo XX asistimos en nuestro país a la puesta en marcha de múltiples unidades de CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA) siguiendo diferentes diseños funcionales pero con el objetivo común de desarrollar programas de calidad asistencial en el marco de la cirugía sin ingreso que en otros países de nuestro entorno cultural ya venían funcionando desde hacía tiempo.

Para ello hubo que ir desarrollando protocolos y guías de actuación clínica que garantizan en la coordinación necesaria entre los diferentes Servicios que actuaban en el proceso para así conseguir el objetivo sin merma de la calidad ni de la seguridad de la asistencia no renunciando a otro objetivo no menos importante como es la satisfacción del usuario/paciente.

En este camino la Cirugía Ortopédica y Traumatología se situó en primera línea no solo desde el punto de vista del número de procesos derivado de la enorme demanda que la Sociedad Occidental solicita a nuestra especialidad sino también en la incorporación de nuevos procedimientos que hasta hace poco tiempo eran responsables de gran número de estancias hospitalarias.

Sin el compromiso de los Servicios de Anestesiología y Reanimación, con la puesta en marcha de técnicas regionales y otras que permitan la recuperación temprana así como los protocolos de analgesia postoperatorios, el Departamento de Enfermería que garantiza la continuidad del proceso desde la visita prequirúrgica hasta el alta en la unidad y por supuesto los Responsables de la Gestión, no hubiera sido posible el desarrollo de este modelo de asistencia que ha ido consiguiendo un lugar dentro de la realidad de nuestros hospitales en el número y en la importancia de la actividad quirúrgica realizada.

Los Dres. Lumbreras y cols. y Castro y cols del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza hacen en este número referencia basada en su amplia experiencia en el desarrollo de su unidad planteando con claridad la importancia del desarrollo paulatino y progresivo de la implantación de nuevos procesos como garantía de consolidación del procedimiento.

Asimismo refieren la necesidad de incorporar unos criterios claros de inclusión y exclusión en el sistema y determinan unos indicadores de calidad, que a través de su desarrollo mejora y evolución, deberán ser una herramienta básica en el control de los procesos en CMA.

Creemos que hay que seguir incorporando procedimientos a los programas de CMA teniendo en cuenta siempre la no interferencia con unos criterios de inclusión/ exclusión sencillos y claros porque ello será la principal garantía de su óptimo desarrollo.

La comunicación con el paciente y su familia así como una información exhaustiva y transparente de la cirugía, evolución y posibles complicaciones y de la cobertura de todas las posibles incidencias supondrá la inclusión de los pacientes en el programa sin reservas.

La coordinación con el Servicio de Anestesiología que nos facilita técnicas que permiten una reincorporación prácticamente inmediata al medio y unos tratamientos analgésicos reforzados con las infiltraciones con anestésicos locales de los abordajes quirúrgicos tendrá que ser el camino principal de la evolución del procedimiento.

Por supuesto el desarrollo de la tecnología en la instrumentación en la Cirugía Ortopédica y en general los procedimientos mínimamente invasivos tan de actualidad en estos momentos, nos hace pensar que, aunque franquear la barrera del 50 % del total de nuestra actividad en cirugía sin ingreso parezca difícil no es una quimera para los próximos años.

La colaboración con otros recursos del sistema como la hospitalización a domicilio podría suponer también una ayuda a este desarrollo.

De todas maneras estas iniciativas necesitan del apoyo de los gestores y su compromiso en intentar aunque sea como un modesto incentivo profesional que los posibles ahorros de costes en los procesos se pudieran imputar a las necesidades de todo orden que tienen los Servicios de nuestros Hospitales.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. J. Gabbay, L. Francis. How much day surgery? Delphic predictions. *BMJ* 1988, 297, 1249-52.
2. S. Fruensgaard, H.V.Johannsen. Outpatient arthroscopy of the Knee under local anaesthesia. 1990, *Int. Orthop.* 14: 37-40.
3. R. Baldi, M Lazzarato, A. Masiero, A. Mandini. La Chirurgia ambulatoriale maggiore: modelli organizzativi. 1992 *Epidemiologia e prevenzione* 52, 39-43.
4. M.M.Malek, J.V. De Luca, K.L. Kunkle, K.R. Knable. Outpatient ACL surgery, a review of safety, practicality and economy. 1996, *Instr. Course Lect.* 45: 281-286.
5. M. Forssblad, L. Weidenhielm. Knee arthroscopy in local versus general anaesthesia. The incidence of rearthroscopy. 1999, *Knee Surg, Sports Traumatol, Arthrosc.*, 7: 323-326.
6. H. Levy, A. Mashoof. Outpatient open Bankart repair. 2000, *Am J Sports Med* 28, 3, 377-9.
7. P.E.M. Jarrett. Day care surgery. 2001 *Eur J Anaesth.* 18, Suppl.23, 32-35.
8. J. Mayfield, C. Carter, C. Wang, J.J.P.Warner. Arthroscopic shoulder reconstruction. Fast-Track recovery and outpatient treatment. 2001, *Clin Orthop*, 390,10-16.
9. R.A.Lewis,D.D.Buss. Outpatient shoulder surgery. A prospective analysis of a perioperative protocol. 2001, *Clin Orthop.* 390, 138-141.
10. F.A.Barber, M.A.Herbert. The effectiveness of an anesthetic continuous-infusion device on postoperative pain control. 2002, *Arthroscopy* 18,1,76-81.
11. H.R.Hoenecke, P.A.Pulido, B.A.Morris,J.Fronek. The efficacy of continuous bupivacaine infiltration following anterior cruciate ligament reconstruction. 2002, *Arthroscopy* 18,8,854-858.
12. T.M. Clough, D. Sandher, R.S.Bale, A.S.Laurence. The use of a local anesthetic foot block in patients undergoing outpatient bony forefoot surgery: A prospective randomized controlled trial. 2003 *J Foot Ankle Surg*, 42, 1, 24-29.
13. Ch.S.Ranawat, A.S.Ranawat. Editorial Minimally Invasive Total Joint Arthroplasty: Where are we going?. 2003, *J Bone Joint Surg (Am)* 85A,2070-2071.
14. J.E.Celly, B.Ben-David, B.A.Williams, M.L.Kentor. Anesthesia and postoperative analgesia: Outcomes following Orthopaedic Surgery. 2003 *Orthopaedics* Aug 2003, 26, 8,865-871.
15. E.F.Ekman, L.A.Koman. Instructional Course Lecture. Acute pain following musculoskeletal injuries and orthopaedic surgery. Mechanisms and management. 2004, *J Bone Joint Surg (Am)* 86A, 1316-1327.
16. L.Lopez-Duran Stern, R.Otero Fernandez. La Cirugía Mayor Ambulatoria. 2004 *Rev Ortop Traumatol* 48,6, 411-2.
17. D.M.Nielsen,K.Gill,D.M.Ricketts. Satisfaction levels in orthopaedic out-patients. 2005 *Ann.R.Coll.Surg.Engl.* 87: 106-108.