

Editorial

Procedimientos quirúrgicos en urología pediátrica realizados en una unidad de cirugía mayor ambulatoria

Desde el nacimiento de las unidades de cirugía mayor ambulatoria (CMA), hace casi 50 años en la mayoría de hospitales modernos, se han ido incorporando actividades quirúrgicas que pertenecían inicialmente al entorno de la cirugía general, principalmente abdominal, y posteriormente al ámbito de diferentes especialidades. Casi medio siglo después, todas las especialidades quirúrgicas poseen algún procedimiento en su cartera de servicios susceptible de ser realizado en una unidad bien dotada de CMA.

La urología general no podía ser menos y se incorporó al funcionamiento de estas unidades casi desde el principio, tanto en Europa y Estados Unidos como en España (1).

En nuestro país, las primeras publicaciones dedicadas a procedimientos urológicos realizados en una unidad de CMA datan de 1991 y 1993 (1,2), comunicándose las primeras experiencias multicéntricas en nuestro sistema sanitario público durante el Congreso Nacional de Urología de 1994 (3).

Posteriormente se han ido publicando diferentes experiencias nacionales, en el ámbito de la urología general, en distintas revistas nacionales e internacionales, coincidiendo todas ellas en que esta especialidad está implicada directamente en el desarrollo de las unidades de CMA, no sólo por las mismas razones que otras especialidades lo están, tales como el menor coste económico de su ingreso o la comodidad para los pacientes y sus familiares, sino también por su dependencia directa con el desarrollo de las tecnologías quirúrgicas modernas, tanto las de la óptica endoscópica como las derivadas de la microinstrumentación quirúrgica a través de técnicas como el uso del láser, la laparoscopia, la ureterorenoscopia, la litotricia, la termoterapia y la cistoscopia con canales de instrumentación más sofisticados (3,4). Derivado de estas nuevas tecnologías, así como de la mejor monitorización y del uso de anestésicos locales o generales, más eficaces y con menor toxicidad, es lógico pensar que en el futuro serán cada vez más numerosos los procedimientos urológicos que puedan ser realizados en una unidad de CMA de un hospital general (4).

La urología pediátrica es una especialidad joven en España, o quizás no tan joven si pensamos detenidamente en sus orígenes, tanto aquí como en el resto del mundo, hace más de 50 años también. El objetivo de este artículo evidentemente no es mostrar una reseña histórica sobre este tema, sino más bien resaltar la importancia de esta subespecialidad, desarrollada en España tanto por urólogos de formación como por cirujanos pediátricos, y cuya dependencia de una unidad de CMA bien coordinada es obvia, ya que desde el comienzo de esta subespecialidad a mediados de siglo pasado hasta la actualidad (5), cada vez son más los procedimientos que pueden ser realizados en este tipo de unidades quirúrgicas.

Editorial

Hace más de 25 años que se publicaron las primeras experiencias de esta subespecialidad realizadas en una unidad de CMA y, desde entonces, la experiencia quirúrgica y su soporte científico y estadístico han crecido y continúan haciéndolo hasta ahora (5). Este crecimiento se ha producido no sólo al amparo del desarrollo de las nuevas tecnologías, como se ha referido antes, sino también porque a la urología pediátrica se han ido incorporando nuevas técnicas quirúrgicas poco invasivas y que, dado el conocimiento que hoy existe sobre la fisiopatología pediátrica, bien pueden ser incorporadas a la cartera de servicios de una unidad de CMA con urología pediátrica, además de las técnicas quirúrgicas dependientes del uso de la miniaturización endoscópica, como ya se ha mencionado.

Lógicamente, todos imaginamos varias diferencias en el funcionamiento de una unidad de CMA en la que se realizan operaciones de urología general del adulto respecto a otra en la que se realizan procedimientos de urología infantil, pero quizás la más relevante sea la que acabo de referir anteriormente y es que en la segunda se han incorporado problemas quirúrgicos susceptibles de tratamiento mediante pequeñas incisiones o de cirugía mínimamente invasiva sobre el riñón, la vejiga, el uréter o la uretra infantil, además de los susceptibles de algún tipo de tratamiento endoscópico o instrumental como la litotricia (6,7).

Históricamente, las operaciones de urología pediátrica más comúnmente realizadas en una unidad de CMA han sido por razones técnicamente obvias, la circuncisión y el tratamiento quirúrgico del hidrocele y de la ectopia testicular o criptorquidia (5), ambos asociados frecuentemente a la hernia inguinal infantil. Todas estas técnicas pueden realizarse a través de una incisión inguinal o escrotal como se ha descrito más recientemente (7).

Sin embargo, y tras la incorporación de las nuevas tecnologías a la metodología del urólogo pediátrico, se incluyó también la utilización de la cistoscopia diagnóstica o terapéutica para el tratamiento de la urolitiasis vesical o uretral o para la resección de pequeños pólipos vesicales o uretrales o de pequeños divertículos de la uretra masculina. La litotricia también se utiliza para el tratamiento de la mayoría de las urolitiasis pediátricas no susceptibles de tratamiento instrumental, tanto en pacientes con enfermedades metabólicas como la cistinuria, la hipercalciuria o la hiperuricosuria, como en las litiasis idiopáticas que son las más frecuentes (8).

En los últimos años se ha incorporado a este tipo de unidades de CMA el uso de la laparoscopia diagnóstica para pacientes con diferentes situaciones de intersexo y la laparoscopia terapéutica para la resección de restos gonadales en pacientes intersexuales o en criptorquidias intraabdominales con atrofia testicular, así como para el tratamiento del varicocele testicular. Probablemente en un futuro muy próximo puedan utilizarse también con regularidad la laparoscopia y la retroperitoneoscopia en una unidad de CMA, para la práctica de nefrectomía por displasia renal multiquística y para el tratamiento de la estenosis pieloureteral o para la heminefrectomía de la duplicación renoureteral con displasia, ya que existen recientes publicaciones sobre su uso inicial, también en pacientes pediátricos en régimen ambulatorio y con resultados esperanzadores (6,8).

Así mismo, como se ha comentado anteriormente, el uso de técnicas quirúrgicas abiertas denominadas mínimamente invasivas, tanto por el pequeño tamaño de las incisiones como por su escasa agresividad técnica, han sido también aplicadas en numerosas experiencias de unidades de CMA pediátrica, especialmente para el tratamiento quirúrgico de la estenosis pieloureteral, la duplicación renoureteral, el riñón multiquístico, la ureterostomía cutánea y la ureteroureterostomía (6,9).

Editorial

Finalmente, debe comentarse también que el tratamiento del reflujo vesicoureteral infantil se ha incluido en el grupo de patología quirúrgica operable en régimen ambulatorio, tanto mediante técnicas de cirugía mínimamente invasiva, mediante reimplantación vesicoureteral extravesical (8) o por tratamiento endoscópico, mediante la aplicación subureteral de sustancias tales como el deflux (dextranómero del ácido hialurónico) o el macroplastique (dimetilpolixilosano), a través del cistoscopio pediátrico, a nivel de la desembocadura ureteral en el trígono vesical. El mecanismo de acción de estas sustancias consiste en deformar la desembocadura del uréter, elongando su trayecto intramural y facilitando con ello el mecanismo antirreflujo natural directamente dependiente de la longitud del trayecto submucoso del uréter intramural (10).

Los principales objetivos de realizar las técnicas descritas anteriormente en una unidad de CMA, aplicables a cualquier otra especialidad, consisten en prestar una asistencia sanitaria de similar o superior calidad que la cirugía con ingreso pero con unos costes económicos mucho menores y con una comodidad y bienestar para el niño y su familia superiores a las de la hospitalización convencional. Otras ventajas pueden ser el agilizar la gestión de las listas de espera, reducir la estancia media hospitalaria, optimizar los recursos humanos y técnicos del hospital y disminuir el riesgo de infección nosocomial (1,3,8).

El éxito de una unidad de CMA para Urología Pediátrica, como la de nuestro Hospital Universitario San Carlos o la de cualquier otro centro nacional, se basa también en la gestión de los cuidados postoperatorios. Los niños y su familiares deben sentirse controlados y apoyados por personal especializado, desde su ingreso en la unidad, durante el acto quirúrgico y en las salas de despertar y de recuperación postanestésica, debidamente adaptada para el paciente pediátrico en lo que se refiere a monitorización y a administración farmacológica (7,8).

Así mismo, el paciente y sus familiares deberán tener la seguridad de que no sólo serán reevaluados posteriormente por el especialista que indicó y procedió a su tratamiento quirúrgico sino que podrán, en cualquier momento, acudir directamente al servicio de urgencias pediátricas del hospital ante cualquier eventualidad que pudiera surgir en el periodo postoperatorio, ya que allí será atendido, además de por el pediatra de guardia, por el urólogo pediátrico. En varios centros también existe un protocolo de control telefónico desde las 24 horas postoperatorias para conocer la evolución inmediata del niño (2). De esta forma, todos percibirán el interés por la buena evolución y disminuirá la desconfianza inicial por algunos procedimientos quirúrgicos, que anteriormente se realizaban hospitalizando a los niños y que ahora y gracias a estas distintas técnicas de monitorización postoperatoria, pueden ser realizados en una unidad de CMA pediátrica (7,9,10).

Todas esas medidas serán las que contribuyan a mejorar la satisfacción no sólo de los niños operados y sus familiares, sino también la de todos los que participan en la consecución de estos objetivos de calidad asistencial del niño en el ámbito de la urología pediátrica.

F. Rivilla Parra

Prof. Asociado de Pediatría. Universidad Complutense de Madrid. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid

Editorial

Bibliografía

1. Valdivia JG. Cirugía mínimamente invasiva: Editorial. Arch Esp de Urol 1991; 44: 479-81.
2. Vargas C, Rius G. Cirugía Urológica sin ingreso. Actas Urol Esp 1993; 17: 87.
3. Jiménez J, Raigoso O, Pinos M. Cirugía mayor ambulatoria: nuestra experiencia. Actas Urol Esp 2002; 26: 384-91.
4. Llopis B, Navarro JA, Mola MJ. Cirugía mayor ambulatoria en urología: 5 años de experiencia. Actas Urol Esp 2003; 27: 112-22.
5. Caldamone A, Rabinowitz R. Outpatient orchidopexy. J Urol 1982; 127: 286-90.
6. Farhat W, Afshar K, Papanikolau F. Retroperitoneal assisted laparoscopic pyeloplasty in children: initial experience. J Endourol 2004; 18: 879-82.
7. Hidalgo-Tamola J, Shnorhavorian M, Koyle MA. Open minimally invasive surgery in pediatric urology. J Ped Urol 2009; 5: 221-7.
8. Hedman P, Palmer JS. A critical pathway for successful outpatient ureteral reimplantation: a nursing perspective. J Perianesth Nurs 2009; 24: 163-6.
9. Sprunger JK, Reese CT, Decter RM. Can standard open pediatric urological procedures be performed on an outpatient basis? J Urol 2001; 166: 1062-4.
10. Saperston K, Smith J, Putman S. Endoscopic subureteral injection is not less expensive than outpatient open reimplantation for unilateral vesicoureteral reflux. J Urol 2008; 180: 1626-30.