



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



ARTÍCULO DE OPINIÓN

Programa de cirugía mayor ambulatoria en dermatología

Program for Major Outpatient Surgery in Dermatology

M. Cortiñas-Sáenz^{a,*}, S. Sáenz-Guirado^b y J.D. Martínez-Díaz^c

^a Anestesiología y Reanimación, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

^b Dermatología, Hospital Santa Ana, Motril, Granada, España

^c Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Introducción

La Cirugía Dermatológica se puede definir como una parte integral de la Dermatología que se dedica al tratamiento de las enfermedades y condiciones de la piel y tejidos blandos, de las mucosas y anejos cutáneos que, no pudiéndose solucionar con tratamiento médico, requieren el empleo de técnicas quirúrgicas¹ La cirugía dermatológica comprende 4 grandes campos: dermatología oncológica, general, reconstructiva y estética.

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es definida por el Ministerio de Sanidad y Consumo como aquella constituida por procedimientos y/o intervenciones de mayor o menor complejidad que, con independencia del tipo de anestesia utilizada, tras un tiempo variable de control y observación, el paciente vuelve a su domicilio el mismo día de la intervención². También se la conoce como cirugía de día, cirugía sin ingreso o cirugía con estancia inferior a 24 h. El desarrollo de la cirugía de alta o moderada complejidad y los avances en las técnicas anestésicas están contribuyendo al rápido crecimiento de la CMA y, según todas las previsiones, esta tendencia es imparable. El término *Fast Tracking* hace referencia a un sistema de alta acelerada respecto a los criterios tradicionales, con una estancia muy corta en las unidades de readaptación al medio. El beneficio para el paciente es claro: puede regresar a su casa el mismo día de la operación y su recuperación es más rápida. Junto a esto,

la CMA libera recursos sanitarios, que pueden ser utilizados por otros pacientes o para otros procedimientos.

Durante los últimos años, ha sido objetivo del ministerio de Sanidad la promoción e instauración de unidades de CMA. Y dentro de esta definición tiene cabida sin duda alguna gran parte de la cirugía dermatológica.

La CMA en dermatología puede practicarse en diferentes tipos de estructuras hospitalarias (integradas en servicios hospitalarios existentes, estructuras separadas o satélites de hospitales convencionales, o en los centros independientes a distancia de toda estructura de cuidados médicos con hospitalización, pero dependiente por convenio de un centro hospitalario existente). Existe una fuerte evidencia médica y nosotros coincidimos en la seguridad de realizar las diferentes técnicas quirúrgicas en cualquiera de las estructuras mencionadas anteriormente. A diferencia de otras especialidades médico-quirúrgicas, la cirugía dermatológica en un gran porcentaje de casos es realizada en la propia consulta adaptada u *office based anesthesia*. Se creó cierta controversia con los trabajos de Vila et al.³ que hallaban un riesgo elevado de efectos adversos y muertes tras cirugías realizadas en *office based* en comparación con los centros de CMA, pero los posteriores trabajos de Venkat et al.⁴ atribuyeron estas diferencias a deficiencias metodológicas y sesgos de selección. El objetivo del presente artículo de opinión es realizar un análisis del tema intentando dar respuesta a las siguientes cuestiones: 1) estado actual de la CMA en dermatología; 2) futuro de la CMA en dermatología; 3) selección de pacientes; 4) visita preoperatoria; 5) complicaciones de la CMA en dermatología, y 6) conclusiones.

Hoy en día, cada vez es más frecuente la enfermedad tumoral en la consulta de dermatología, alcanzando en algunos estudios desde el 20 al 40% de toda la consulta o incluso más si nos centramos en edades más avanzadas^{5,6}.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: stl967523977@wanadoo.es
(M. Cortiñas-Sáenz).

El aumento en la incidencia de tumores cutáneos tanto melanoma como no melanoma se ha puesto de manifiesto en diferentes estudios, no solo en España sino en todo el mundo. Esto se debe principalmente a los hábitos de exposición solar de la población y al aumento progresivo de la edad poblacional en los países desarrollados. El hecho de que muchos de los pacientes que vemos en la consulta con enfermedad susceptible de tratamiento quirúrgico sean de edad cada vez más avanzada hace que en muchos casos nos planteemos la posibilidad de otros tratamientos no quirúrgicos, intentando evitar de esta manera posibles complicaciones para estos pacientes, que a menudo presentan otros trastornos concomitantes. Sin embargo, existen estudios que ponen de manifiesto que las complicaciones de la CMA en pacientes dermatológicos de edad avanzada dependen más del proceso dermatológico que el paciente presente y de la complejidad de la técnica quirúrgica que del propio paciente⁷.

La CMA en dermatología supone un tipo de cirugía adecuada en muchas ocasiones para pacientes de edad avanzada, ya que permite una observación cercana en las horas pre y poscirugía. Sin embargo, la literatura médica que existe sobre CMA en dermatología es escasa, a diferencia de otras especialidades como cirugía general, oftalmología, ginecología, urología, entre otras, en las que es muy abundante.

En muchos hospitales de nuestro territorio, sobre todo en los hospitales comarcales, la dermatología quirúrgica está excluida de las unidades de CMA, de manera que en muchas ocasiones el dermatólogo se ve obligado a la derivación de los pacientes que requieran una observación post-operatoria, bien por la complejidad de la cirugía, bien por la complejidad del propio paciente, a otros servicios exclusivamente quirúrgicos.

El futuro de la cirugía dermatológica en España es prometedor, y por las características del paciente y de la cirugía dermatológica, la inclusión de la dermatología en las unidades de CMA debería ser una obligación para los gestores de los hospitales, ya que supondría una serie de ventajas en todos los aspectos. En primer lugar para el paciente, que evita el ingreso hospitalario o la derivación a otras especialidades; es el propio dermatólogo el que realiza el diagnóstico de la enfermedad que presente en la primera visita, el que se encarga del tratamiento quirúrgico adecuado y por supuesto del seguimiento del paciente. Además, la CMA permite al paciente la reincorporación temprana a su actividad laboral o a su vida habitual en personas de edad avanzada. En segundo lugar, para el propio especialista, que es el que lleva a cabo todo el proceso asistencial. Y en tercer lugar, para los gestores de los hospitales; es fácil entender que la CMA supone un ahorro importante de recursos, que permite un aumento de la actividad quirúrgica, con disminución de las listas de espera, y con la mejora de los indicadores que actualmente se usan para medir la eficiencia de los hospitales (índice de estancia media ajustada, estancia media hospitalaria, etc.).

La cirugía dermatológica es una parte fundamental en la práctica clínica del dermatólogo, no solo por ser el tratamiento de primera elección en mucha de la patología que se ve en la consulta, sino también por el aumento exponencial de la patología tumoral en la población. Este último

aspecto comporta que mucha de esta patología esté siendo tratada por otras especialidades como la de medicina familiar y comunitaria, con el riesgo, que todos conocemos, que esto conlleva. En el mismo sentido, el aumento de cosmetólogos y esteticistas podría resultar en una mayor incidencia de diversas complicaciones^{8,9}.

En nuestra opinión, el desarrollo de unidades de CMA en Dermatología debe ser un objetivo primordial en aquellos servicios que no dispongan aún de este tipo de cirugía. Para ello, y para un buen funcionamiento de estas unidades, es fundamental el desarrollo de una serie de protocolos que permitan desde una adecuada selección de los pacientes candidatos a ser incluidos hasta un buen seguimiento posquirúrgico, incluso una vez que el paciente esté en su domicilio¹⁰.

Esta gran resolución que conlleva una alta efectividad quirúrgica debe ser monitorizada por sistemas de información para poder ser transferida a los gestores hospitalarios y que estos perciban la alta calidad asistencial con una disminución del gasto sanitario, especialmente en estos periodos de crisis económica.

Es importante la evaluación continua de la actividad realizada en estas unidades ya que esta es la única manera de controlar las complicaciones que puedan presentarse. Además, esta evolución continua nos permite conocer aquellos aspectos susceptibles de ser mejorados y obtener la máxima eficiencia de estas unidades, y la máxima satisfacción por parte de los pacientes y sus familiares¹¹. La creación de unidades de CMA con una alta calidad asistencial y científica es una pieza angular para obtener la consideración por parte de las autoridades sanitarias europeas y españolas de la necesidad de potenciar la dermatología como una especialidad indispensable para mejorar la calidad de vida de la sociedad actual. En este sentido se deben proponer mejoras en los sistemas de codificación de los quirófanos e ingresos mediante los grupos relacionados con el diagnóstico o GRD.

La selección de pacientes candidatos a CMA es de gran importancia para obtener unos óptimos resultados en estas unidades. En nuestra experiencia, los criterios de inclusión son la presencia de tumoraciones cutáneas de gran tamaño o múltiples con necesidad de cirugía compleja de reconstrucción, pacientes con una importante enfermedad médica de base, posibilidad de complicaciones intraoperatorias o post-operatorias y aquellos casos en que sea necesario algún tipo de soporte por parte del servicio de anestesiología (sedación, anestesia troncular, general o neuroaxial).

Los requisitos básicos que una unidad de CMA debe cumplir son unos criterios de seguridad, calidad y eficacia para conseguir que el número de complicaciones anestésicas y quirúrgicas se reduzca al mínimo posible. En nuestra experiencia con la CMA dermatológica, esta puede ser realizada en pacientes con cualquier riesgo anestésico, clasificado según la ASA (*American Society of Anesthesiologist*), estabilizados con un tratamiento adecuado. Los pacientes disminuidos psíquicos son idóneos para estos procedimientos pues los alejan lo menos posible de su marco de vida. Por el contrario, los alcohólicos y los drogadictos pudieran no ser buenos candidatos por la posibilidad o el riesgo de presentar un síndrome de abstinencia después de la anestesia. Además, sus condiciones de vida a veces

precarias o marginales no favorecen un buen seguimiento tras la intervención.

En nuestro programa de CMA el principal inconveniente para su realización son los criterios de orden sociocultural (condiciones de vivienda, ascensor, teléfono, distancia entre el domicilio y el hospital, etc.) que tienen una gran importancia para la aceptación o el rechazo de un procedimiento ambulatorio. Estos criterios son más difíciles de evaluar que los exclusivamente médicos.

En esta modalidad quirúrgica la visita preoperatoria posee una importancia capital, pues una correcta selección de los pacientes es un paso clave para el éxito de un programa de CMA. Una anamnesis y exploración cardiopulmonar adecuada es suficiente para una gran parte de las intervenciones menores, y solicitar pruebas complementarias en aquellos casos necesarios por los datos obtenidos en la historia clínica. Creemos imprescindible que las diferentes unidades posean protocolos consensuados por los servicios de anestesiología y dermatología para la práctica de la dermatología quirúrgica, y especialmente de la CMA dermatológica. No existen estudios que indiquen qué análisis preoperatorios se deben realizar en la cirugía dermatológica. En nuestra área sanitaria la realización de una radiografía de tórax y un electrocardiograma está reservada para aquellos pacientes mayores de 60 años fumadores o con patología cardíaca o respiratoria. En CMA dermatológica nosotros indicamos la realización de un hemograma y un estudio de coagulación de forma rutinaria. La consulta preoperatoria tiene como fin estabilizar la patología de base y minimizar los riesgos perioperatorios¹. La contraindicación anestésica suele ser provisional y normalmente responde a la necesidad de estabilizar una enfermedad evolutiva. En nuestra experiencia, el tipo de anestesia, la edad y el estado basal catalogado por la clasificación ASA no se relacionan con la aparición de complicaciones médicas mayores. Creemos razonable que pacientes con enfermedad sistémica grave o descompensada que limita su actividad se deben intervenir bajo supervisión del servicio de anestesia. En nuestro medio, la validez del estudio preoperatorio oscila entre 3-12 meses en función de la comorbilidad del paciente.

La profilaxis de la infección quirúrgica es uno de los estándares de calidad en CMA, y por tanto en la visita preoperatoria, se debe incidir en el conjunto de actuaciones que conlleven una reducción del número de microorganismos contaminantes como es la ducha con jabones germicidas y evitar el rasurado. Probablemente la profilaxis antibiótica se deba indicar en la CMA sobre las mucosas, la nariz, la zona inguinal y en la cirugía de Mohs. La profilaxis antibiótica debe ser con pautas cortas con una dosis única preoperatoria. El tratamiento antibiótico, no la profilaxis, se realizará en la cirugía sobre piel inflamada o infectada.

El desarrollo en las 2 últimas décadas de las técnicas anestésicas y de sedación ha contribuido de manera notable al desarrollo de la CMA. Aproximadamente del 85-95% de la cirugía dermatológica es realizada con anestesia local, y en un elevado porcentaje en la propia consulta dermatológica. En este sentido, el uso coherente de la anestesia local, el conocimiento de las dosis máximas de cada fármaco y de los síntomas iniciales de sobredosificación farmacológica son puntos fundamentales en la formación académica. Creemos que los programas de CMA pueden ser un medio ideal para

la formación del dermatólogo quirúrgico. En nuestro medio invitamos a los dermatólogos a ventilar pacientes, a colocar el ambú, a realizar intubación orotraqueal, a canalizar vías periféricas y uso de diferentes fármacos.

Las complicaciones de la CMA en Dermatología en diferentes estudios oscilan entre el 5-8%¹²⁻¹⁴. Esquemáticamente podemos diferenciar 3 tipos de complicaciones: las que se refieren al acto quirúrgico, las que atañen a las técnicas anestésicas y, por último, las complicaciones médicas relacionadas con la comorbilidad del paciente y su tratamiento. La revisión de la literatura médica refleja una escasa morbilidad tras la cirugía dermatológica¹³. Debemos tener presente que, a pesar del cumplimiento de los requisitos óptimos, existe un porcentaje pequeño de complicaciones que pueden surgir una vez el paciente ha recibido el alta hospitalaria. Estas pueden ser causadas por la propia intervención quirúrgica o por enfermedades preexistentes exacerbadas por el acto anestésico-quirúrgico. Las complicaciones más frecuentes según la literatura médica son la infección de la herida quirúrgica y la hemorragia¹⁴.

Es importante facilitar al paciente el acceso al servicio de urgencias o a nuestro propio servicio mediante un número de teléfono, en el caso de que presentase algunas de las complicaciones mencionadas. En nuestra experiencia clínica y en consonancia con el reciente trabajo de Paradela et al.¹⁵, incluso los pacientes con edades extremas, superiores a 85 años, presentan una mortalidad nula y un índice de complicaciones muy bajo. En nuestra área hospitalaria, el número de ingresos no planificados es inferior al 3%, principalmente por complicaciones menores, como la hipertensión arterial, los vómitos, las náuseas o el dolor de la herida quirúrgica. Las complicaciones mayores en nuestra experiencia se correlacionan con intervenciones quirúrgicas prolongadas y no con la comorbilidad del paciente.

Conclusiones

La CMA es un excelente modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinario que permite tratar pacientes dermatológicos bien seleccionados de una manera efectiva, segura y eficiente. Es este sentido consideramos que la cirugía ambulatoria tiene una gran importancia en la práctica quirúrgica de los dermatólogos y debemos ser nosotros los que le demos el sitio que le corresponde. La cirugía menor ambulatoria en dermatología engloba la mayor parte de la cirugía dermatológica. Sin embargo, en nuestra opinión, el aumento de la edad de la población y el aumento del cáncer cutáneo, tanto melanoma como no melanoma, está provocando que la actividad quirúrgica del dermatólogo en las unidades de CMA sea cada vez más necesaria. Para esto, debemos fomentar este tipo de cirugía en los servicios de dermatología, convenciendo a nuestros gestores de las ventajas no solo para el paciente y para el especialista, sino también para la propia administración por el ahorro de recursos hospitalarios que la CMA conlleva.

Bibliografía

1. Just-Sarobé M. Importancia de la práctica quirúrgica en Dermatología: una visión asistencial. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:163-6.

2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Cirugía Mayor Ambulatoria. Madrid: Guía de Organización y Funcionamiento; 1993.
3. Vila Jr H, Soto R, Cantor AB, Mackey D. Comparative outcomes analysis of procedures performed in physician offices and ambulatory surgery centers. *Arch Surg.* 2003;138:991-5.
4. Venkat AP, Coldiron B, Balrishnan R, Camacho F, Hancox JC, Fleischer Jr AB, et al. Lower adverse event and mortality rates in physician offices compared with ambulatory surgery centers: a reappraisal of Florida adverse event data. *Dermatol Surg.* 2004;30:1444-51.
5. Taberner R, Nadal C, Lambrich A, Vila e I, Torné A. Motivos de consulta dermatológicos en la población inmigrante y española del área de salud del Hospital Son Llátzer (Mallorca). *Actas Dermosifilogr.* 2010;101:323-9.
6. Husein H, Arias S, Burkhardt P, Naranjo R. Análisis descriptivo de los motivos de consulta dermatológica en pacientes mayores de 65 años en el hospital clínico San Cecilio de Granada. *Piel.* 2010;25:65-8.
7. Fernández-Jorge B, Peña-Penabad C, Vieira V, Paradela S, Rodríguez-Lozano J, Fernández-Entralgo A, et al. Outpatient dermatology major surgery: a 1-year experience in a Spanish tertiary hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;10:1271-6.
8. Brody HJ, Geronemus RG, Farris PK. Beauty versus medicine: the nonphysician practice of dermatologic surgery. *Dermatol Surg.* 2003;29:319-24.
9. Friedman PM, Jih MH, Burns AJ, Geronemus RG, Kimyai-Asadi A, Goldberg LH. Nonphysician practice of dermatologic surgery: the Texas perspective. *Dermatol Surg.* 2004;30:857-63.
10. Delofeu P, Blanca M, Garrido JF, Fernández A, García I, Sicras A. Control de calidad en cirugía mayor y menor ambulatoria. *Cir May Amb.* 2009;14:124-32.
11. Vila JM, Sáiz JM. Implantación de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general. *Cir May Amb.* 2009;14:99-102.
12. Fortier J, Chung F, Su J. Unanticipated admission of ambulatory surgical patients: a prospective study. *Can J Anaesth.* 1998;45:612-9.
13. Tallon B, Lamb S, Patel D. Randomized nonblinded comparison of convalescence for 2 and 7 days after split-thickness skin grafting to the lower legs. *Dermat Surg.* 2009;35:634-7.
14. Chan BC, Patel DC. Perioperative management and the associated rate of adverse events in dermatological procedures performed by dermatologists in New Zealand. *Australas J Dermatol.* 2009;59:23-8.
15. Paradela S, Pita-Fernández S, Peña C, Fernández-Jorge B, García-Silva J, Mazaira M, et al. Complications of ambulatory major dermatological surgery in patients older than 85 years. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24:1207-13.