

FAST TRACK EN CIRUGÍA TORÁCICA: ¿ES UNA UTOPIA EN GALICIA?

Miguel Ángel Cañizares Carretero

Servicio de Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dentro de la invasión de anglicismos que sufrimos en la actualidad, hablamos de *fast track*, o cirugía de corta estancia en castellano clásico, cuando nos referimos a aquellos procedimientos en los que intentamos acortar los tiempos habituales en cualquiera de los procesos de la asistencia sanitaria. Aunque pueda parecer novedoso, ya hace tiempo que numerosos autores se han preocupado por analizar este hecho^{1,2}, habida cuenta de la repercusión que este hecho tiene en la gestión clínica de los centros en los que se implanta. Sin embargo, en el ámbito de la Cirugía Torácica, y sobre todo en España, son pocas las unidades que han puesto en práctica estas pautas de actuación.

La utilidad de la cirugía de corta estancia ha sido evidenciada en diferentes estudios. Tanto en Cirugía Torácica como en Cirugía Cardíaca, Colorrectal, Pancreática, etc., el modelo *fast track* ha demostrado no sólo ventajas en cuanto a lo económico, sino también en relación con la comodidad percibida por el paciente, el índice de complicaciones apreciadas, etc.³⁻⁶ En este sentido, en Cirugía Torácica, la experiencia acumulada nos lleva a identificar el concepto de cirugía de corta estancia con el de cirugía ambulatoria, cuando no son absolutamente superponibles. En España, son muy escasas las unidades que practican una verdadera cirugía de corta estancia, si nos referimos al campo de la cirugía del carcinoma broncogénico. Otro aspecto, mejor estudiado, es el de la cirugía sin ingreso, en el que la cirugía del simpático torácico y las exploraciones quirúrgicas del mediastino han sido incluidas desde hace tiempo^{3,7}.

Los estudios de coste-efectividad ponen de manifiesto que la puesta en práctica de programas de rehabilitación respiratoria preoperatoria, fisioterapia postoperatoria precoz, la integración multidisciplinaria en las unidades de Cirugía Torácica, etc., no sólo mejoraron los aspectos económicos y de gestión clínica, sino que disminuyeron

los índices de complicaciones postoperatorias^{6,8}. Es probable que este hallazgo sea más una causa que una consecuencia, pues está demostrada la repercusión en este campo que la morbilidad postquirúrgica conlleva⁹. De hecho, la cirugía de corta estancia no es más que la optimización del cuidado de estos enfermos llevada a la enésima potencia.

Sin embargo, queda una pregunta por plantear, quizá la de más complicada respuesta. ¿Es aplicable este modelo en nuestro medio? En el último congreso de la SEPAR, llevado a cabo en Barcelona el pasado mes de junio, se expuso la experiencia de las pocas unidades que utilizan este método. No cabe duda que plantear el alta de una lobectomía pulmonar por carcinoma broncogénico a las 48 horas de la cirugía puede ser atractivo, incluso coste-efectivo, pero, ¿es posible o utópico en Galicia, en el año 2007?

La solución, como decía Aristóteles, se encuentra en el justo término medio. No cabe duda de que la resistencia al cambio en Cirugía es una evidencia, pero la sociedad demanda nuevas actitudes que aceleren la recuperación de los pacientes y mejoren su bienestar⁶. Quizá podamos comenzar mejorando la integración de la actuación de anestesistas, cirujanos, rehabilitadores, etc., poniendo el máximo cuidado en el manejo de nuestros enfermos, para disminuir, poco a poco estos tiempos de estancia hospitalaria que tantas consecuencias tienen en nuestros días en la gestión de las unidades quirúrgicas.

Bibliografía

1. Wright CD, Wain JC, Grillo HC, Moncure AC, Macaluso SM, Maticen DJ. Pulmonary lobectomy patient care pathway: a model to control cost and maintain quality. *Ann Thorac Surg* 1997; 64 (2): 299-302.

2. Zehr KJ, Dawson PB, Yang SC, Heitmiller RF. Standardized clinical care pathways for major thoracic cases reduce hospital costs. *Ann Thorac Surg* 1998; 66 (3): 914-919.

Correspondencia:

Miguel Ángel Cañizares Carretero

Servicio de Cirugía Torácica. CHU de Vigo

C/ Pizarro, 22. 36204 Vigo

E-mail: miguel.angel.canizares.carretero@sergas.es

Pneuma 2007; 9: 11 - 12

3. Preventza O, Hui HZ, Hramiec J. Fast track video-assisted thoracic surgery. *Am Surg* 2002; 68: 309-311.

4. Berberat PO, Ingold H, Gulbinas A, Kleeff J, Müller MW, Gutt C, Weigand M, Friess H, Büchler MW. Fast track. Different implications in pancreatic surgery. *J Gastrointest Surg* 2007 (en prensa).

5. Gooi J, Marasco S, Rowland M, Esmore D, Negri J, Pick A. Fast-track cardiac surgery: application in an Australian setting. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2007; 15(2): 139-143.

6. Roig JV, Rodríguez-Carrillo R, García-Armengol J, Villalba FL, Salvador A, Sancho C, Albors P, Puchades F, Fuster C. Rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal.

Sobre la resistencia al cambio en cirugía y las demandas de la sociedad. *Cir Esp* 2007; 81 (6): 307-315.

7. Duarte JB, Kux P, Castro CH, Cruvinel MG, Costa JR. Fast track endoscopic thoracic sympathectomy. *Clin Auton Res* 2003; 13 Suppl 1: 163-65.

8. Varela G, Ballesteros E, Jiménez MF, Novoa N, Aranda JL. Cost-effectiveness analysis of prophylactic respiratory physiotherapy in pulmonary lobectomy. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006; 29: 216-220.

9. Varela G, Jiménez MF, Novoa N, Aranda JL. Estimating hospital costs attributable to prolonged air leak in pulmonary lobectomy. *Eur J Cardiothorac Surg* 2005; 27: 329-333.