

# Post tenebras lux

<https://doi.org/10.25237/carsach2020.00>

Julián Aliste

Profesor Asistente. Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria. Universidad de Chile. Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Las Condes.

Presidente Comité de Anestesia Regional. Sociedad de Anestesiología de Chile. (CARSACH).

Presidente capítulo Chileno Sociedad Latinoamericana de Anestesia Regional (LASRA).

Autor Corresponsal:

Dr. Julián Aliste

Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria Universidad de Chile.

Hospital Clínico Universidad de Chile - Clínica Las Condes

E-mail: [julian.aliste@uchile.cl](mailto:julian.aliste@uchile.cl)

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6355-1270>

Palabras claves:

Cirugía Ambulatoria, Anestesia Regional, COVID-19.

Key words:

Ambulatory Surgery, Regional Anesthesia, COVID-19.

## Editorial

Globalmente la patología quirúrgica esta aumentando de la mano con el envejecimiento poblacional (1). Por ejemplo, en Estados Unidos en 2005 se operaron casi 500.000 artroplastias de rodilla, sin embargo, se proyecta que para el 2030 este procedimiento podría ejecutarse en más de 3 millones de sujetos por año (2). A una escala diferente, la realidad de nuestro país y el resto del mundo no debiera ser muy distinta. En consecuencia, la pregunta inmediata es cómo deberán adaptarse los sistemas de salud para satisfacer una demanda que se multiplica y que tradicionalmente ha estado asociada a un rango variable de días de hospitalización postoperatoria. A priori pareciera ser que la respuesta no está en aumentar el número de camas disponibles dado el alto costo que conlleva. Entonces, cuando la capacidad resolutive quirúrgica en cirugía mayor ha estado tradicionalmente asociada a disponer de una cama de hospitalización, incluso no siendo necesario desde el punto de vista clínico, es evidente que existe espacio para la gestión. De esta manera, en países desarrollados desde hace tres décadas se han llevado a cabo programas de cirugía ambulatoria hasta alcanzar ésta un porcentaje importante de la operatoria en dichos sistemas, no solo optimizando la resolución de listas de espera, sino que también el gasto en salud. Lamentablemente, estas experiencias no han tenido el mismo auge en países como el nuestro o el resto de Latinoamérica (3). Numerosos factores pueden explicar esto

último, entre ellos algunos tan difíciles de entender como el hecho de que, al menos en Chile, varios seguros de salud dan mejor cobertura al usuario cuando un procedimiento incluye hospitalización.

El éxito, no sólo económico, obtenido por programas bien consolidados de cirugía ambulatoria ha llevado a plantear que la protocolización en base a evidencia también puede ser útil en acortar significativamente los periodos perioperatorios en cirugía mayor que tradicionalmente han requerido de hospitalización prolongada. Así, diversas iniciativas como PROSPECT (4) y ERAS (5) se han hecho cada vez más populares haciendo patente que es posible optimizar el manejo y evolución perioperatoria de pacientes mediante una adecuada evaluación, selección y protocolización.

Donde la evidencia (razón) no había logrado imponerse, la pandemia COVID-19 ha forzado que el periodo perioperatorio de pacientes sea replanteado, implementando medidas o protocolos que han transformado los paradigmas de los centros asistenciales en salud. Una de estas medidas ha sido el acortar lo más posible la estadía intrahospitalaria para así disminuir, por un lado, el riesgo de contagio de nuestros pacientes, como también optimizar los recursos y contener los costos asociados a salud durante la crisis. Esto ha hecho irrefutable que al menos uno de los factores necesarios para implementar tanto programas que tiendan a la cirugía ambulatoria como a la recuperación acelerada postoperatoria y acortamiento al máximo de las hospitalizaciones, se relaciona con la voluntad de oferentes y usuarios. Distintos centros están implementando protocolos de cirugía mayor ambulatoria y de recuperación aumentada, adaptando su infraestructura y recursos para alinearse en este desafío.

Como Comité de Anestesia Regional de la Sociedad Chilena de Anestesiología (CARSACH), y representantes de la Sociedad Latinoamericana de Anestesia Regional (LASRA) en Chile, reconoce las ventajas que reviste la anestesia regional en el perioperatorio tanto de pacientes positivos como negativos para COVID-19 durante esta pandemia (6). Además, con la convicción de que las diversas técnicas regionales (bien entendidas y criteriosamente aplicadas) pueden determinar un aporte real al perioperatorio de múltiples procedimientos mayores ambulatorios, CARSACH-LASRA Chile ha desarrollado un curso de actualización respecto a diversos ámbitos de la anestesia regional de manera tal de poder facilitar la implementación de protocolos de cirugía mayor ambulatoria. No contentos con esto, el Comité también ha desarrollado un número especial para la Revista Chilena de Anestesia, complementario a los temas del curso.

## Post tenebras lux

### Editorial

Globally, surgical pathology is increasing hand in hand with population aging (1). In 2005, almost 500.000 knee arthroplasties were performed in the United States. However, it is projected that by 2030, this procedure could be carried out in more than 3 million subjects per year (2). On a different scale, the reality of our country and the rest of the world should not be very different. Consequently, the immediate question is how health systems should adapt to meet a multiplying demand that has traditionally been associated with a variable range of days of postoperative hospitalization. A priori, it seems that the answer isn't to increase the number of beds available given the high cost involved. Therefore, when the resolutive capacity for major surgery has been traditionally linked to a hospital bed's availability, even not being necessary from a clinical point of view, it is clear that there is room for improvement. In developed countries, outpatient surgery programs have been carried out during the last three decades, reaching a significant percentage of the current surgical load, not only optimizing waiting lists but also associated costs. Unfortunately, these experiences have not had the same boom in countries like ours or the rest of Latin America (3). Several factors can explain the latter, including some as difficult to understand as the fact that, at least in Chile, various health insurances provide better coverage to users when a procedure includes hospitalization.

The success, not only economical, obtained by well-consolidated outpatient surgery programs, has led to suggest that evidence-based protocolization may also be useful in shortening perioperative periods in surgeries that have traditionally required prolonged hospitalization. Thus, initiatives such as PROSPECT (4) and ERAS (5) have become increas-

ingly popular, making clear that it is possible to optimize the perioperative management and evolution of patients through an adequate evaluation, selection, and protocolization.

Where the reason (evidence) had not been able to prevail, the COVID-19 pandemic has forced the perioperative period of patients to be rethought, implementing measures or protocols that have transformed the paradigms of health care centers. One of these measures has been to shorten the hospital stay as much as possible in order to reduce, on the one hand, the risk of contagion for our patients, as well as optimize resources and contain the costs associated with health during this crisis. It is irrefutable then that, at least, one of the factors necessary to implement outpatient surgery and accelerated recovery programs is related to providers' and users' will. Several centers are implementing protocols for major outpatient surgery and enhanced recovery, adapting their infrastructure and other resources to align themselves with this challenge.

The Committee of Regional Anesthesia of the Chilean Society of Anesthesiology (CARSACH), representative of the Latin American Society of Regional Anesthesia (LASRA) in Chile, recognizes the advantages of using regional anesthesia techniques in the perioperative period of both positive and negative COVID-19 patients during the pandemic (6). Also, with the conviction that the regional techniques (well understood and judiciously applied) could determine a real contribution to improve and shorten the perioperative period of multiple major procedures, CARSACH-LASRA Chile developed a refresher course to facilitate the implementation of protocols for ambulatory surgery. Not content with this, the Committee has also developed a special issue of the *Revista Chilena de Anestesia* complementary to the course topics.

## Referencias

- 1 Weiser TG, Haynes AB, Molina G, et al. Estimate of the Global Volume of Surgery in 2012: An Assessment Supporting Improved Health Outcomes. *Lancet* 2015; 385(2): S11.
- 2 Kurtz S, Ong K, Lau E, et al. Projections of Primary and Revision Hip and Knee Arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. *J Bone Joint Surg Am* 2007; 89(4): 780-785.
- 3 Recart, A. Cirugía Mayor Ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. *Rev Med Clin Las Condes* 2017; 28(5): 649-812.
- 4 PROSPECT. Procedure Specific Postoperative Pain Management. <https://www.postoppain.org>. Septiembre 14, 2020.
- 5 ERAS Society Guidelines. Enhanced Recovery After Surgery. <https://erassociety.org> Septiembre 14, 2020.
- 6 Aliste J, Altermatt F, Atton R, et al. Recomendaciones para la ejecución de anestesia regional no obstétrica en perioperatorio de pacientes COVID-19. Grupo de trabajo. Comité de Anestesia Regional de la Sociedad de Anestesiología de Chile. *LASRA Chile. Rev Chi Anest* 2020; 49(3): 311-316.