

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo"

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL HOSPITAL CLÍNICOQUIRÚRGICO DOCENTE "COMANDANTE MANUEL FAJARDO"

Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo,¹ Dr. Lino de J. León Chiong,² Dr. Carlos A. Romero Díaz,³ Dr. Raúl Mustafá García,⁴ Dr. Leopoldo de Quesada⁴ y Dr. Domingo Torres⁴

RESUMEN

Se presentan los resultados de 521 enfermos atendidos en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo", por el sistema de cirugía mayor ambulatoria, en el período comprendido entre enero de 1995 y agosto de 1997. Predominó el sexo masculino con el 59,5 % y dicha cirugía se realizó con mayor frecuencia entre los 30 y 49 años de edad. El mayor número de pacientes intervenidos fueron los diagnosticados con hernias abdominales y nódulos de mama, y los procedimientos quirúrgicos y anestésicos fueron satisfactorios, con escasas complicaciones posoperatorias no inherentes a éstos. El ahorro por concepto días/cama fue de 82 820 pesos en moneda nacional, lo que da una medida de lo necesario de incrementar esta modalidad en nuestra institución.

Descriptor DeCS: CIRUGIA AMBULATORIA; TIEMPO DE INTERNACION/economía.

La cirugía ambulatoria se refiere a intervenciones quirúrgicas en pacientes no hospitalizados que necesiten cualquier tipo de anestesia, en la cual es necesario y recomendable un período de recuperación u observación posoperatoria corta del enfermo.

Realizar este tipo de cirugía no es novedoso; sin embargo, en Cuba aún no se ha establecido como una forma sólida de asistencia quirúrgica, a pesar de existir las posibilidades materiales para su desarrollo. La cirugía ambulatoria ofrece al paciente una atención quirúrgica adecuada y

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar de Cirugía.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente de Cirugía.

³ Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente de Cirugía.

⁴ Especialista de I Grado en Cirugía General.

disminuye los efectos emocionales en el seno familiar.

Cuba inmersa en importantes planes y metas de salud pública, no puede permanecer ajena a este renovador paso en la apertura de un nuevo modelo de atención, que aúne la atención primaria representada por el médico de la familia y su consultorio, dotados de los recursos necesarios, y la atención secundaria u hospitalaria representada por el área quirúrgica, al permitir una asistencia médica ininterrumpida al paciente, aportar una apreciable ventaja y favorecer el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria.

MÉTODOS

Para confeccionar el siguiente trabajo se realizó un estudio retrospectivo del desarrollo de la cirugía ambulatoria en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo", en el período comprendido entre enero de 1995 y agosto de 1997. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente en la programación de la cirugía mayor ambulatoria de nuestro centro asistencial. Esta modalidad de asistencia quirúrgica incluyó a todos los pacientes que desearon operarse por este sistema, que contaban con médicos de la familia debidamente informados de la intervención quirúrgica de sus pacientes y que tenían una afección incluida en una de estos grupos:

- . Hernia de la pared abdominal.
- . Quistes y tumores.
- . Supuraciones crónicas.
- . Legrados.
- . Esterilización quirúrgica.

Este estudio incluyó a un total de 521 pacientes. Toda la información se recolec-

tó de forma sistemática, en una planilla diseñada con este objetivo; dicha información se reflejó en tablas para su análisis y discusión.

RESULTADOS

El grupo de edades donde más se empleó el sistema ambulatorio fue el comprendido entre los 30 y 49 años lo que representó el 79 % de los operados; al sexo masculino correspondió el 59,5 %.

Los tumores quísticos y sólidos fueron el diagnóstico más frecuente, con el 48,2 % (tabla 1), seguido de las hernias abdominales y los legrados diagnósticos. En las hernias abdominales en orden de frecuencia se presentó la inguinal (55,9 %) seguida de la umbilical (20,3 %) y la epigástrica (13,6 %) (tabla 2).

TABLA 1. *Intervenciones por grupos*

Grupos	No. de casos	%
Hernias abdominales	118	22,7
Tumores y quistes	251	48,2
Supuraciones crónicas	31	5,9
Legrados	101	19,4
Esterilización quirúrgica	20	3,8
Total	521	100,0

Fuente: Departamento de Archivo y Estadísticas del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo".

TABLA 2. *Hernias abdominales*

Tipos de hernias	No. de casos	%
Hernia inguinal	66	55,9
Hernia epigástrica	16	13,6
Hernia umbilical	24	20,3
Hernia crural	6	5,1
Hernia de Spiegel	1	0,9
Hernia incisional	5	4,2
Total	118	100,0

Fuente: Departamento de Archivo y Estadísticas del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo".

Fueron operadas 138 mujeres con nódulos de mama y 45 hombres con varicoceles, que representaron los diagnósticos más frecuentes en el grupo de tumores (tabla 3).

TABLA 3. *Tumores y quistes*

Tumores y quistes	No. de casos	%
Nódulos de mama	138	55,0
Ginecomastia	17	6,8
Hidrocele	9	3,6
Quiste de Bartolino	14	5,6
Lipomas gigantes	10	4,0
Quiste pilonidal	3	1,2
Síndrome adénico	5	2,0
Varicocele	45	18,0
Quiste de epidídimo	3	1,2
Queloides	3	1,2
Tumor glúteo	1	0,4
Quiste del cordón	3	1,2
Total	251	100,0

Fuente: Departamento de Archivo y Estadísticas del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo".

Los diagnósticos por supuraciones fueron variados y se destacaron los producidos por granulomas de la herida quirúrgica y la hidradenitis axilar (tabla 4).

TABLA 4. *Supuraciones crónicas*

Supuraciones	No. de casos	%
Granuloma de la herida	14	45,2
Fístula umbilical	2	6,4
Hidradenitis axilar	9	29,1
Fístula mamaria	5	3,2
Fístula glútea	1	16,1
Total	31	100,0

Fuente: Departamento de Archivo y Estadísticas del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo".

Al analizar el ahorro económico utilizando solo el indicador días/cama, el costo de las operaciones de los 521 pacientes hubiese sido de 103 660 pesos en moneda nacional, que al deducirse el costo por el sistema ambulatorio, se obtuvo un ahorro de 82 820 pesos (tabla 5). En particular los nódulos de mama representaron un ahorro de más de 20 000 pesos.

No se presentaron complicaciones transoperatorias y las posoperatorias fueron escasas (1,8 %); en su totalidad se relacionaron con la herida quirúrgica (hematomas, seromas y sepsis).

TABLA 5. *Relación costo días/cama convencional y cirugía ambulatoria*

Grupo de intervenciones y número de casos	Estadía promedio convencional	Total días/pacientes convencional	Costo habitual*	Costo cirugía mayor ambulatoria	Ahorro*
Hernias (118)	7	826	33 040	4 720	28 320
Tumores y quistes (251)	5	1 255	50 200	10 040	40 160
Supuraciones (31)	5	155	6 200	1 240	4 960
Legrado diagnóstico (101)	3	363	14 200	4 840	9 380
Total		103	660	20 840	82 820

* Costos y ahorro expresados en moneda nacional.

Fuente: Departamento de Archivo y Estadísticas del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo".

DISCUSIÓN

La introducción del sistema ambulatorio en cirugía mayor, beneficia alrededor del 40 al 50 % de los enfermos operados.¹ En nuestro centro hemos alcanzado menos del 30 %, a pesar de conocer que con este método se reducen los cuidados pre y posoperatorios hospitalarios,^{2,3} lo que aboga sustancialmente a su favor.

Nuestros resultados en relación con sexo y décadas más afectadas coinciden con otros autores.^{4,5} Se destaca en este aspecto que la edad no fue un factor excluyente como elemento único, sino la combinación de factores personales de salud anterior, tal como lo señalan *Davis*⁶ y *Meriöy*.⁷

Trabajos nacionales de terminación de la residencia, realizados en otros hospitales presentan casuística con diagnósticos similares a los nuestros.

Es significativa en nuestro hospital la eliminación de la lista de espera desde el inicio de la cirugía ambulatoria, sobre todo la de nódulos de mama que son operados antes de la semana, una vez realizado el diagnóstico por citopunción. El bajo índice de complicaciones, la recuperación temprana en su entorno familiar y la complacencia personal y de los suyos, nos hace pensar que el proceder de cirugía ambulatoria es altamente satisfactorio para nuestra institución, pues se reducen los costos (días/camas) sin afectar al paciente.

Los métodos anestésicos incluyeron anestesia local, regional, general endo-

traqueal y general endovenosa, lo que acredita que este no es excluyente al sistema de cirugía ambulatoria.^{6,7}

Las complicaciones posoperatorias que estuvieron presentes en un tanto por ciento muy bajo, no estuvieron vinculadas al acto quirúrgico ni a la anestesia, sino directamente a los cuidados especiales que requiere un paciente que no causa ingreso en el hospital, tal como ha sido reportado en otros estudios.^{3,8}

La aceptación del sistema ambulatorio es de forma generalizada y cada día se incrementa con nuevos diagnósticos. El punto principal de discusión es organizarlo como unidad autónoma con subordinación hospitalaria.^{1,3,9-11}

En conclusión diremos que:

1. La cirugía mayor ambulatoria se realizó con mayor frecuencia en el sexo masculino y en el grupo etáreo de 30 a 49 años de edad.
2. Los nódulos de mama y las heridas abdominales aportaron el 49,1 % de la cirugía mayor ambulatoria.
3. La economía en recursos que se logra con este método de asistencia quirúrgica, no deja lugar a dudas en nuestro estudio. El ahorro en el acápito días/camas fue de 82 820 pesos.
4. Es evidente que nuestra institución debe ampliar aún más este servicio altamente satisfactorio, como se ha logrado en otras instituciones hospitalarias de Cuba.

SUMMARY

The results of 521 patients served at the "Comandante Manuel Fajardo" Clinical and Surgical Teaching Hospital by the system of ambulatory major surgery from January, 1995, to August, 1997, were presented. Males prevailed with 59.5 %. Such surgery was more frequently performed among those aged 30-49. Most of the patients that were operated on had diagnoses of abdominal hernias and breast nodules. Surgical and anesthetic procedures were satisfactory with a few postoperative complications that were not inherent to them. The saving by days/bed was 82 820 Cuban pesos, which showed the need to increase this modality in our institution.

Subject headings: AMBULATORY SURGERY; LENGTH OF STAY/economics.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Janes ED. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. *Clin Quir Norteam* 1987;67(4):685-9.
2. Laffaye HA. The impact of the ambulatory surgical service in a community hospital. *Arch Surg* 1989;124:601-3.
3. Estévez MD, Gálvez AJ, García PP, Serrano PP, Ferrer RR, Molto AM et al. Cirugía ambulatoria en una unidad autónoma integrada en un hospital. Desarrollo y evaluación. *Cir Esp* 1996;59(3):236-40.
4. Mederos O, Pargas LA, Ruiz BJ, Gutiérrez RA, Peraza SE, Castillo AG del. Cirugía ambulatoria mayor en coordinación con el médico de la familia. Estudio de 254 pacientes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1991;7(3):243-7.
5. Rivera J, Ginger M, Salinas J, Cardona J, González A. Cirugía ambulatoria a propósito de 564 casos. *Rev Cir Esp* 1992;51:101-5.
6. Davis JE, Sugioka K. Selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria, evaluaciones quirúrgicas y anestésica. *Clin Quir Norteam* 1987;67(4):737-48.
7. Meriow HW. Criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines for anesthetic management. A retrospective study of 1 553 cases. *Anesth Analg* 1982;61:921-6.
8. Natof ME. Complications associated with ambulatory surgery. *JAMA* 1980;244:116-8.
9. Sierra GE, Colemar J, Pisigues F, Domingo J, Navarro S, Prat M et al. La cirugía ambulatoria en una unidad autónoma integrada a un hospital. Organización, funcionamiento y experiencia. *Cir Esp* 1992;52:255-60.
10. Marin MJ, Otero JA, Pérez RC, Gallardo GA, Narrero CJ, Leal DO. Unidad de cirugía de día: funcionamiento y experiencia. *Cir Esp* 1994;56:231-4.
11. Detmer D, Duchanan DJ. Ambulatory surgery. *Surg Clin North Am* 1982;62:685-705.

Recibido: 9 de julio de 1998. Aprobado: 7 de agosto de 1998.

Dr. *Orestes Noel Mederos Curbelo*. Calle 23, No. 413, apartamento 21, entre J e I, Vedado, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.