

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez"

ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y DE CORTA HOSPITALIZACIÓN

Dr. Juan Carlos Domínguez Lanuza,¹ Dr. Orlando Zamora Santana,¹ Dr. Juan Francisco Rodríguez Reyes¹ y Dr. Julio César Cabrera Espinosa¹

RESUMEN

Se realizó estudio de la estructura y funcionamiento del Servicio de Cirugía Ambulatoria y de Corta Hospitalización del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez", desde su creación en abril de 1989 hasta diciembre de 1995, donde se analizaron el total de intervenciones mayores (12 259) por las diferentes especialidades quirúrgicas, así como el organigrama de trabajo, y se constató un bajo índice de complicaciones (4,7 %).

Descriptores DeCS: SERVICIO AMBULATORIO EN HOSPITAL/organización & administración; CIRUGIA AMBULATORIA; TIEMPO DE INTERNACION.

La época actual se caracteriza por rápidos cambios que se suceden unos tras otros, sin apenas tomar conciencia de ellos. Uno de los cambios más estimulantes, oportuno, económico y satisfactorio de la práctica quirúrgica actual, es la puesta en marcha del método ambulatorio y de corta hospitalización en un número cada vez mayor de pacientes con afecciones que requieren para su solución tratamiento quirúrgico.¹

Esta modalidad no es nueva, de hecho se reconoce como la forma más antigua de

la práctica quirúrgica,² sólo que ahora, ante la disyuntiva de los altos costos de la atención médica y la prestación de este servicio a la población, se volvió la vista a este método, para tratar de encontrar en él la solución a la problemática económica de atención quirúrgica.³

En el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez" en abril de 1989 se comienza la aplicación de este método, para eliminar una larga lista de espera quirúrgica que se había conformado por el cierre para remodelación de nuestra Insti-

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General.

tución. Ahora constituye un servicio bien organizado y estructurado.

MÉTODOS

Se analizó la actividad del servicio desde su creación, así como su estructura y funcionamiento. En anexos y tablas se plasmaron el funcionamiento y los resultados del trabajo de este servicio.

Se realizó una encuesta de satisfacción en 500 pacientes, para conocer la opinión y el grado de satisfacción en la población.

Los resultados fueron plasmados en una tabla.

RESULTADOS

El servicio está organizado con una plantilla de 6 cirujanos generales y 2 ortopédicos todos especialistas de I Grado, 7 enfermeras asistenciales, además los especialistas del resto de las especialidades quirúrgicas que se integran el día de la intervención de los pacientes de su especialidad. Para la prestación de este servicio contamos con 19 camas en una sala y utilizamos los salones, instrumental y el personal del salón central del hospital.

Las afecciones tratadas por las especialidades y por niveles se reflejan en el anexo.

El flujo del paciente (organigrama) desde su captación se muestra en la figura.

En los años que se estudiaron se realizaron 45 365 intervenciones quirúrgicas mayores por los diferentes servicios quirúrgicos de la Vicedirección, de forma electiva y urgente. De ellas 31 974 fueron electivas y de éstas, 12 254 realizadas por el Servicio de Cirugía Ambulatoria y de Corta Hospitalización para el 38,34 % del total de electivas (tabla 1).

En la tabla 2 aparecen las complicaciones presentadas con predominio de la flebitis (31,4 %) y las náuseas y/o vómitos, con el 28,4 %.

TABLA 2. *Complicaciones presentadas*

| Complicaciones | No | % |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Flebitis | 157 | 31,4 |
| Náusea y/o vómitos | 142 | 28,4 |
| Cefalea posraquídea | 98 | 19,6 |
| Sangramiento de la herida | 32 | 6,4 |
| Hematoma de la herida | 27 | 5,4 |
| Seroma de la herida | 19 | 3,8 |
| Sepsis de herida de piel | 12 | 2,4 |
| Absceso de la cúpula vaginal | 4 | 0,8 |
| Hematoma de la cúpula vaginal | 4 | 0,8 |
| Ligadura de uréter | 3 | 0,6 |
| Dehiscencia de colporrafia anterior | 1 | 0,2 |
| Fallecidos | 1 | 0,2 |
| Total | 500 | 100 |

Fuente: Historias clínicas del Servicio.

TABLA 1. *Intervenciones realizadas de 1989 a diciembre de 1995*

| | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | Total |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Total mayores | 5 640 | 7 879 | 7 891 | 7 145 | 5 690 | 5 761 | 5 359 | 45 365 |
| Electivas | 3 956 | 5 940 | 5 705 | 5 143 | 3 607 | 3 889 | 3 734 | 31 974 |
| Urgentes | 1 684 | 1 939 | 2 186 | 2 002 | 2 083 | 1 872 | 1 625 | 13 391 |
| Ambulatorias mayores | 1 394 | 2 175 | 2 538 | 1 856 | 1 447 | 1 647 | 1 202 | 12 259 |
| % de ambulatorias del total del hospital | 24,71 | 27,60 | 32,16 | 25,97 | 25,43 | 28,59 | 22,42 | 27,02 |
| % ambulatorias del total de electivas | 35,23 | 36,67 | 44,49 | 36,09 | 40,16 | 42,35 | 32,19 | 38,34 |

Fuente: Registro de control estadístico.

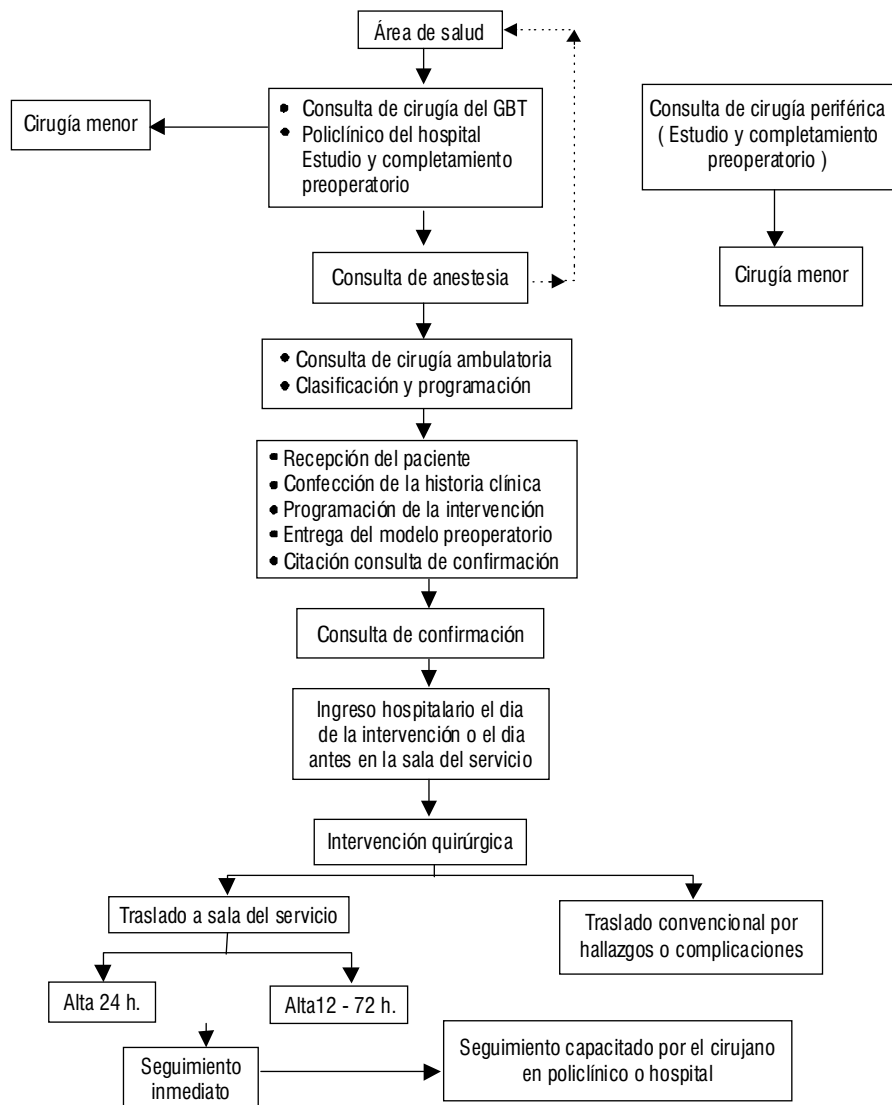


Fig. Organigrama de trabajo.

DISCUSIÓN

Existen 4 modalidades de cirugía mayor ambulatoria, la integrada al hospital (área designada dentro del propio hospital), la autónoma, controlada por el hospi-

tal (opera de manera independiente a otros departamentos); la unidad satélite del hospital (administrada y patrocinada por el hospital, pero en una localización diferente) y la unidad independiente (no constituye parte de otra institución de salud ni geo-

gráfica ni administrativamente).² Nuestra modalidad es la integrada al hospital, pero no dejamos de reconocer que la ideal es la unidad independiente.

Nuestro servicio agrupa a los pacientes en diferentes niveles de atención acorde con enfermedades, estado físico del paciente y los parámetros de la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesia (ASA):⁴⁻⁷ nivel I (cirugía menor, anestesia local y alta inmediata), nivel II (cirugía mayor, cualquier anestesia, hospitalización por 24 o menos horas) y nivel III (cirugía mayor, cualquier anestesia, hospitalización por 48 a 72 horas, pacientes del nivel II con afecciones asociadas que requieran un período de observación mayor de 24 horas).

Las enfermedades tratadas por nuestro centro, según niveles, pueden presentar variaciones respecto a otros centros en cuanto a los niveles, pues con el advenimiento e instauración de la videoendoscopia en la cirugía, ésta ha venido a beneficiar en gran medida la cirugía ambulatoria, y permite períodos cortos de observación y gran seguridad,^{8,9} no obstante creemos que con nuestros recursos, que son similares a

los de la mayoría de nuestras instituciones, con este tipo de servicio podemos brindar un tratamiento quirúrgico adecuado, seguro y económico.

En el período analizado nuestro centro realizó el 38,34 % de la cirugía mayor por método ambulatorio y de corta hospitalización, este tanto por ciento se encuentra aún por debajo de lo reportado en la literatura médica, donde podemos encontrarlo entre el 45 y más del 60 %.^{10,11}

Se presentaron 500 complicaciones para el 4,7 %, valores aceptados por la Organización Mundial de la Salud, que los fija entre 2,5 y 12 %;¹² la flebitis fue la más frecuentemente hallada, para coincidir con otros autores, los cuales fijan a la sepsis como la causa más frecuente de complicación.^{13,14}

En conclusión podemos decir que el 38,34 % de los pacientes intervenidos en el hospital fueron por el método ambulatorio y de corta hospitalización; se presentaron 500 complicaciones para el 4,7 % y la flebitis y las náuseas y/o vómitos fueron las complicaciones más frecuentemente encontradas.

ANEXO

Tipos de operaciones por especialidades y niveles

Segundo nivel (cirugía mayor)

Cirugía general:

- Hernias de la pared.
- Lipomas gigantes.
- Afecciones mamarias benignas

Urología:

- Varicoceles.
- Hidroceles.
- Orquiectomías.

Ortopedia:

- Traumatología (dedos en resortes)
- Ganglión.

Tercer nivel (cirugía mayor)

Cirugía general

- Litiasis vesicular reglada.
- Litiasis vesicular mínimamente invasiva.
- Fibromas uterinos.
- Quistes de ovario.
- Rectocistoceles.
- Prolapso uterinos
- Esterilización quirúrgica.
- Hernias incisionales gigantes.
- Afecciones del nivel II que requieran un período de observación pre o posoperatorio de más de 24 h.

ANEXO (continuación)

Proctología:

- Hemorroides.
- Fisura anal.
- Condilomas.

ORI:

- Amigdalectomías.
- Nódulos cordales.
- Broncoscopias.
- Biopsia de cuerdas vocales.

Angiología:

- Várices

Reconstructiva y cosmética:

- Liposucción.

Cirugía reconstructiva:

- Dermolipectomías.
- Mastoplastia reductiva.
- Flacidez facial

Cirugía laparoscópica:

- Lisis de bridas.
- Esterilización.
- Resección de pequeños quistes de ovarios.

SUMMARY

A study of the structure and functioning of the Service of Ambulatory Surgery and of Short Hospitalization of the "Miguel Enríquez" Clinical and Surgical Teaching Hospital since its creation in April, 1989, to December, 1995, was conducted. The total amount of major procedures (12 259) by different surgical specialities and the working flowchart were analyzed. A low index of complications (4.7 %) was obtained.

Subject headings: OUTPATIENTS CLINICS, HOSPITAL/organization & administration; AMBULATORY SURGERY; LENGTH OF STAY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davis JE. Prefacio. Clin Quir Norteam 1987;6(4).
2. Davis JE. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. Clín Quir Norteam 1987;67(4):687-707.
3. Gutiérrez Rivero J. Cirugía ambulatoria. A propósito de 504 casos consecutivos. Cir Esp 1992;51.
4. Ruby TM. Organización de un programa de cirugía ambulatoria mayor. Clín Quir Norteam 1987;67(4):709-724.
5. Davis JE, Sugiuka K. Selección de pacientes por cirugía mayor ambulatoria: evaluación quirúrgica y anestésica. Clín Quir Norteam 1987;64(4):737-747.
6. Vélez Gil, A, Gonzalo A. Nueva clasificación de niveles de atención quirúrgica. Acta Médica Valle 1976;7(3):80-1.
7. Holler V. Indications for ambulatory surgery. Gynakol Geburtshilfliche Rundsch 1994;34(4):200-5.
8. Geier WS. An overview of consumer-drive ambulatory surgery; operative laparoscopy. Nurse Pract 1995;20(11):36,46-51.
9. Bedat B, Hugonet C, Merline M. Laparoscopy, obstacle or revolution in the development of surgery? Helv Chir Acta 1994;60(5):783-6.
10. Lathouwer C de. Development of ambulatory surgery. An irreversible perspective. Chirurgie 1993-1994;119 (1-2):72-5.
11. Korttila K. Recovery from outpatient anesthesia. Factors affecting outcome. Anesthesia 1995;22-8.
12. Marrero Figueroa A. Factores de riesgo de la infección post-quirúrgica vulnerable por la organización de la salud. Rev Cubana Cir 1989;28(4):279-86.
13. Rivero Gutiérrez J. Cirugía ambulatoria. Estudio piloto. Rev Cir Esp 1988;44(6):865-70.

14. Porro Novo N, Betancourt SE, Cuan CR, Povea BR. Morbilidad quirúrgica en un hospital municipal docente tipo en Cuba. Estudio de dos años. Rev Cubana Cir 28(5):433-41.
15. Kraljevic L, Dittrich Z. Major ambulatory surgery. Lijec Ujesn 1995;117(1-2):54-6.

Recibido: 13 de febrero de 1998. Aprobado: 10 de marzo de 1998.

Dr. *Juan Carlos Domínguez Lanuza*. San Nicolás, No. 622, apartamento 3, municipio Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba.