

Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Miguel Enríquez»

CIRUGÍA GENERAL MAYOR AMBULATORIA Y DE CORTA HOSPITALIZACIÓN: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS DE TRABAJO

Dr. Juan Carlos Domínguez Lanuza,¹ Dr. Orlando Zamora Santana,¹ Dr. Juan Francisco Rodríguez Reyes¹ y Dra. Mayda E. Rodríguez Soto²

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo en el Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria y de Corta Hospitalización del Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Miguel Enríquez», para conocer el número de intervenciones realizadas por este método, afecciones más frecuentes, tipos de anestesia y complicaciones; para ello se revisaron las historias clínicas de 3 254 pacientes intervenidos de enero de 1991 a diciembre de 1995; se agruparon por niveles, y se pudo observar que predominaron las hernias inguinales en el nivel II y la litiasis vesicular en el nivel III; se presentaron tan sólo 69 complicaciones.

Descriptores DeCS: CIRUGIA AMBULATORIA; TIEMPO DE INTERNACION.

Lo que hoy llamamos cirugía ambulatoria no es algo nuevo, en realidad es la forma más antigua de la práctica quirúrgica que conocemos. El hombre aprendió a operar mucho antes de saber escribir o dejar registro de sus operaciones.¹

En la actualidad esta modalidad gana más y más terreno por las ventajas que proporciona tanto para el paciente como para las instituciones de salud al disminuir costos. En 1994, solo en Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.) el 50 % de las intervenciones se realiza bajo bases ambulatorias.²

Nuestro centro en abril de 1989 comenzó con la aplicación de la cirugía ambulatoria y de corta hospitalización para eliminar una larga lista de espera quirúrgica que existía.

MÉTODOS

Se realizó un estudio en 3 254 pacientes intervenidos quirúrgicamente por diferentes enfermedades en los años comprendidos entre enero de 1991 y diciembre de 1995. Estos pacientes provenían del área

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General.

² Especialista de I Grado en Microbiología.

de salud o de la consulta externa del centro. Después del diagnóstico y la confirmación por complementarios de los que así lo requerían, se sometían al chequeo preoperatorio habitual.

Posteriormente se agrupaban acordes con los niveles de procedimientos quirúrgicos del profesor *Vélez Gil*³ después de la consulta de Anestesia, en la cual se integraban según la clasificación de la ASA y los que reunieran los requisitos de los grupos I y II se aprobaban para la intervención por el Servicio.⁴ Una vez aprobados y que reunieran los requisitos de voluntariedad, medio social adecuado y pudieran tener un seguimiento médico estrecho, se les confeccionaba historia clínica y se fijaba la fecha de la intervención. El ingreso se realizaba el mismo día para el nivel II y el día antes para el nivel III. Después de la intervención los pacientes regresaban a la sala creada al efecto, donde se les sometía a vigilancia hasta el alta, la cual era en 24 o menos horas para el nivel II y entre 48 y 72 horas para el III.

Se analizó en el estudio las afecciones tratadas acorde con niveles, tipos de anes-

tesia empleada, complicaciones presentadas, así como aquellos pacientes que necesitaron traslados a sala convencional o reingreso en el centro por alguna complicación, además se calculó el ahorro que reportó y se realizaron encuestas de satisfacción para conocer la opinión de los pacientes respecto al método. Los resultados se reflejaron en tablas.

RESULTADOS

Se realizaron 7 197 intervenciones quirúrgicas de cirugía general en los años estudiados, de ellas 3 254 (45,2 %) se efectuaron por el Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria y de Corta Hospitalización del centro.

Las hernias en general (64,2 %) y los nódulos de mama (27,3 %) constituyeron las afecciones de ambos niveles más frecuentemente tratadas quirúrgicamente. Debemos señalar que en el nivel III la litiasis vesicular (28,6 %) y el fibroma uterino (20,6 %) fueron las enfermedades que predominaron (tabla 1).

TABLA 1. Afecciones por niveles

Nivel II			Nivel III		
Afección	No.	%	Afección	No.	%
Hernias inguinales	806	35,8	Litiasis de vesícula	298	29,8
Nódulos de mama	615	27,3	Fibroma uterino	206	20,6
Hernias umbilicales	192	8,5	Hernia inguinal	121	12,1
Hernia epigástrica	183	8,1	Rectocistocele	98	9,8
Hernias incisionales	147	6,5	Hernias incisionales	91	9,1
Hernias crurales	120	5,3	Cistoceles	49	4,9
Lisis de bridas laparoscópica	58	2,6	Quieste de ovario	40	4,0
Esterilización laparoscópica	52	2,3	Hernia crural	36	3,6
Esterilización quirúrgica	39	1,7	Rectocele	23	2,3
Quieste de Bartolino	37	1,6	Prolapso de cuello uterino	16	1,6
Legrados diagnósticos y terapéuticos	4	0,2	Esterilización quirúrgica	10	1,0
Cuerpo extraño pared vag.	1	0,1	Nódulo de tiroides	10	1,0
			Salpingitis crónica	2	0,2
Total	2 254	100	Total	1 000	100

Fuente: Historias clínicas del servicio.

En cuanto al tipo de anestesia utilizada, la regional fue la más frecuentemente empleada en ambos niveles (49,7 %), seguida de la endotraqueal e inhalatoria (22,1 y 21,3 %) respectivamente (tabla 2).

Tabla 2. Tipo de anestesia empleada

Tipo de anestesia	Nivel II		Nivel III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Regional	1 246	55,2	373	37,3	1 619	49,7
Inhalatoria	692	30,7			692	21,3
Endotraqueal	90	4,0	627	62,7	717	22,1
Endovenosa	157	7,0			157	4,8
Local	69	3,1			69	2,1

Fuente: Hoja de anestesia de los pacientes.

Se presentaron 69 complicaciones en el tiempo analizado para el 2,1 % y de ellas las flebitis, el hematoma de la herida y la cefalea posraquídea fueron las más frecuentes (tabla 3).

Tabla 3. Complicaciones presentadas

Tipo de complicación	No.	%
Flebitis	29	42,1
Hematoma de la herida	12	17,4
Cefalea posraquídea	11	15,9
Seroma de la herida	6	8,7
Sepsis de herida de piel	4	5,8
Ligadura de uréter	2	2,9
Abceso de la cúpula	2	2,9
Hematoma de la cúpula	1	1,4
Dehiscencia colporrafia anterior	1	1,4
Fallecidos	1	1,4
Total	69	100

Fuente: Historia clínica de los pacientes.

La tabla 4 refleja los resultados de la encuesta de satisfacción practicada a 500 pacientes al alta definitiva, donde más del

95 % de los encuestados vertió una opinión favorable.

Tabla 4. Opinión sobre el método y el seguimiento

	Bueno		Regular		Malo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Opinión del método	478	95,6	20	4	2	0,4
Opinión de atención hospitalaria	479	95,8	18	3,6	3	0,6
Opinión de seguimiento	477	95,4	20	4	3	0,6

Fuente: Encuestas realizadas.

DISCUSIÓN

En la actualidad, el tanto por ciento de intervenciones quirúrgicas mayores bajo bases ambulatorias en nuestro centro es 45,2 %, aún por debajo de otros países como EE.UU., donde el porcentaje de éstas se encuentra por encima de 60 %;² pero mayor a la media nacional.⁵

En la literatura médica revisada^{6,7} las hernias inguinales y las afecciones mamarias constituyeron las causas más frecuentes de intervenciones para coincidir con nuestro estudio. La litiasis vesicular y el fibroma uterino fueron las otras intervenciones más realizadas, este último según lo reportado por Ferrá⁸ constituyen el 20 % de las intervenciones de un Servicio de Cirugía General. La cirugía laparoscópica gana cada día más terreno, y hace mucho más factible y corta la estancia del paciente.⁹

Por la envergadura de la operación y el mayor tiempo quirúrgico fue necesario la aplicación de la anestesia regional en un número mayor de pacientes.

Sólo se presentaron 69 complicaciones para el 2,1 %, para coincidir estos

valores con los parámetros de la Organización Mundial de la Salud,¹⁰ la cual plantea que el rango de complicaciones ha de encontrarse entre 2,5 y 12 %; además, consideramos que este aspecto se vio favorecido por lo cuidadoso que se fue en cuanto a la asepsia, antisepsia, hemostasia y técnicas quirúrgicas. La corta estadía hospitalaria disminuye las complicaciones al menos estadísticamente.

Existió sólo 1 fallecido como complicación de una colecistectomía (iatrogenia); en la literatura médica revisada^{11,12} los tanto por cientos de esta complicación son similares a la nuestra que fue de 0,03 %.

El porcentaje de aceptación de este método a nivel mundial se encuentra por encima del 89 % en la literatura médica revisada, independientemente de la afección tratada,^{13,14} en nuestro trabajo más del 95 %

lo consideró bueno acorde con los aspectos encuestados.

En conclusión podemos referir que:

1. El 45,2 % de las intervenciones de cirugía general de nuestro centro se realizaron por el Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria y de Corta Hospitalización.
2. Las hernias constituyeron la causa más frecuente de intervención quirúrgica en el nivel II con el 64,2 % y la litiasis vesicular con el 28,6 % en el nivel III.
3. La anestesia regional fue la más empleada en el 49,7 % de los pacientes.
4. Sólo se presentaron 69 complicaciones para el 2,1 % y fue la flebitis la más frecuente.
5. Más del 95 % de los encuestados opinó favorablemente en cuanto al método quirúrgico utilizado.

SUMMARY

A prospective study was conducted at the Service of Ambulatory Major Surgery and of Short Hospitalization of the "Miguel Enríquez" Clinical and Surgical Teaching Hospital to know the number of operations performed by this method, the most frequent affections, the types of anesthesia and complications. To this end, the medical histories of 3 254 patients who were operated on from January, 1991, to December, 1995, were reviewed, and grouped by levels. There was a predominance of inguinal hernias at level II and of vesicular lithiasis at level III. Only 69 complications were observed.

Subject headings: AMBULATORY SURGERY; LENGTH OF STAY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davis JE. Centro de cirugía mayor ambulatoria. *Clín Quir Norteam* 1987;67(4).
2. Korttila K. Recovery from outpatient anaesthesia. Factors affecting outcomes. *Anaesthesia* 1995;50(Suppl): 22-8.
3. Vélez Gil A, Gonzalo A. Nueva clasificación de niveles de atención quirúrgica. *Acta Med Valle* 1976;7(3): 80-1.
4. Davis JE, Kenneth S. Selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria: evaluación quirúrgica y anestésica. *Clín Quir Norteam* 1987;737-48.
5. Balance estadístico del MINSAP. *Granma* 1998;(ene).

6. Gutiérrez Rivero J. Cirugía ambulatoria. A propósito de 564 casos consecutivos. *Cir Esp* 1992;51(2):101-5.
7. Rotzer A, Hollmann R, Lange J. Integration organization and results of ambulatory surgery in a central hospital. *Swiss Surg* 1995;(6):307-10.
8. Ferrá Betancourt AR. Iatrogenia en cirugía ginecológica. *Acta Méd* 1991;(1):33-64.
9. Sanders CJ, Leary BF, Wolfe BM. Is outpatient laparoscopic cholecystectomy wise?. *Surg Endosc* 1995;9(12):1263-8.
10. 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.
11. Detmer DE. Cirugía en pacientes ambulatorios. *Clín Quir Norteam* 1982;62(4):691-711.
12. Porro PN, Betancourt E, Cuan R, Pausa R. Morbilidad quirúrgica en un hospital municipal docente tipo en Cuba. Estudio de dos años. *Rev Cubana Cir* 1989;28(5):433-41.
13. Neufeld DM, Paran H, Bendahuh J, Freund V. Outpatient surgical treatment of anal fissure. *Eur J Surg* 1995;161(6):435-8.
14. Senafate A, Young AE. Acceptability of day care Surgery. *J R Soc Med* 1989;82:735-6.

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.