

Hospital Clínicoquirúrgico Provincial Docente "Amalia Simoni", Camagüey

## CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. UN MÉTODO CON PERSPECTIVAS

*Dr. Manuel Romero García,<sup>1</sup> Dr. José de Jesús Quintana Marrero,<sup>2</sup> Dr. Angel Ricardo Robles Jacomino<sup>3</sup> y Dr. Evelio Salvador Reyes Balseiro<sup>4</sup>*

### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal a 189 pacientes operados por cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Clínicoquirúrgico Provincial Docente «Amalia Simoni» de Camagüey, desde junio de 1994 hasta diciembre de 1995. Se operaron a pacientes masculinos de todas las edades y en mayor cuantía que el sexo femenino, para una relación de 1,6:1. El mayor tanto por ciento de mujeres estaban comprendido entre los 16 y 45 años de edad. La hernia inguinal, la hernia umbilical, el nódulo de mama y la esterilización quirúrgica representaron más del 80 % de las afecciones.

*Descriptor DeCS:* PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS AMBULATORIOS/métodos; EVALUACION.

La cirugía mayor ambulatoria o cirugía del paciente externo, se inició en los Estados Unidos de Norteamérica y se ha comprobado que esta práctica es segura por completo, si se lleva a cabo con seriedad y bajo controles estrictos por parte del cirujano y el anestesiólogo.<sup>1-3</sup> Los criterios de selección de los pacientes se basan en la historia anestésica de éste, su estado de salud y una técnica quirúrgica depurada.<sup>4</sup> Existen en la actualidad países que realizan casi el 40 % de la cirugía mayor de

forma ambulatoria con períodos de observación de menos de 24 horas.<sup>1-3</sup> En Cuba, la práctica de la cirugía mayor ambulatoria se ha generalizado, al tener como experiencia previa el alta precoz.<sup>5-7</sup>

Tras instituirse el Programa Nacional de Cirugía Ambulatoria por el Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Cirugía Ambulatoria, Ciudad de La Habana, 1988), nos dimos a la tarea de implantarlo en el Hospital "Amalia Simoni" de la provincia

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente de Cirugía del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey (ISCM-Camagüey).

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor del ISCM-Camagüey.

<sup>4</sup> Residente de 2do. año de Medicina General Integral.

Camagüey a partir de junio de 1994 y después de 18 meses de trabajo damos a conocer nuestros resultados.

## MÉTODOS

Transcurridos 18 meses de trabajo desde junio de 1994 y haber intervenido quirúrgicamente por cirugía mayor ambulatoria a 189 pacientes adultos en el Hospital Clínicoquirúrgico Provincial Docente "Amalia Simoni" de Camagüey, se realizó un estudio descriptivo transversal sobre el resultado del método quirúrgico empleado. Los criterios de selección de los pacientes fueron los establecidos por el Programa Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria del Ministerio de Salud Pública. Se hizo una caracterización de los pacientes donde se tuvo en cuenta sexo, edad, diagnóstico operatorio, enfermedades asociadas, estadía hospitalaria y complicaciones. Se analizó además el método anestésico que se empleó. La fuente primaria de la información fue la historia clínica ambulatoria y los datos obtenidos se procesaron con el programa Microsta; de éste se realizaron distribuciones de frecuencias, *test* de hipótesis de proporciones y el método de chi cuadrado.

## RESULTADOS

El método quirúrgico ambulatorio se le aplicó a 116 hombres y 73 mujeres para una razón aproximada de 1,6:1. Los intervalos de clases para el estudio de los grupos de edades que aparecen en la tabla 1, muestran que en el sexo masculino, se operaron hombres de todas las edades casi de forma equitativa, y no se comportó de la misma manera en las mujeres, donde se agrupa la mayor cantidad de casos entre los 16 y 45 años de edad, resultados éstos altamente significativos ( $p < 0,01$ ).

La enfermedad que más se operó en el sexo masculino fue la hernia inguinal ( $Z = 9,393$ ;  $p = 2,890E-21$ ), seguida de la hernia epigástrica y la hernia umbilical; estas 3 entidades conformaron el 86,98 % del total de operados (tabla 2). La tabla 3 se conformó con la intención de mostrar las afecciones quirúrgicas más frecuentes en el sexo femenino, y dan como resultados altamente confiables ( $Z = 2,292$ ;  $p = 0,0110$ ), que el nódulo de mama benigno y la esterilización quirúrgica sumaran un tanto por ciento acumulativo de 84,94.

El método anestésico que más se utilizó fue el local (148 casos) ( $Z = 20,484$ ;  $p = 0,000E+00$ ) y como agente anestésico

TABLA 1. Distribución de frecuencia según grupos de edades y sexo

Edades (en años)	Masculino		Sexo Femenino		Total
		%		%	
16 - 25	20	10,58	14	7,41	17,99
26 - 35	18	9,52	27	14,29	23,81
36 - 45	18	9,52	21	11,11	20,63
46 - 55	22	11,64	3	1,59	13,23
56 - 65	21	11,11	5	2,65	13,76
66 y más	17	8,99	3	1,59	10,58
Total	116	61,36	73	38,64	100,00

Fuente: Historias clínicas ambulatorias.

Chi cuadrado = 28,888; DF = 5;  $p = 2,394E-05$ .

TABLA 2. Diagnóstico operatorio en el sexo masculino

Diagnóstico operatorio	Número	%	% acumulativo
Hernia inguinal	82*	70,60	70,60
Hernia epigástrica	13	11,20	81,80
Hernia umbilical	6	5,18	86,98
Hemorroides	4	3,44	90,42
Fístula pilonidal	4	3,44	93,86
Ginecomastia	4	3,44	97,30
Hidrocele	3	2,70	100,00
Total	116	100,00	100,00

Fuente: Historias clínicas ambulatorias.

\*Z = 9,393; p = 2,890E-21

TABLA 3. Diagnóstico operatorio en el sexo femenino.

Diagnóstico operatorio	Número	%	% acumulativo
Nódulos benignos de las mamas	38	52,06	52,06
Esterilización quirúrgica	24	32,88	84,94
Rectocistocele	5	6,85	91,79
Litiasis vesicular	3	4,10	95,89
Nódulo del tiroides	2	2,74	98,83
Elongación de cuello	1	1,37	100,00
Total	73	100,00	100,00

Fuente: Historias clínicas ambulatorias.

Z = 2,292; p = 0,00110

co para este proceder la lidocaína al 1 %. Solamente 13 de los 148 casos donde se aplicó el método local necesitaron sedación. En las mamas voluminosas con nódulos benignos se aplicó anestesia general endovenosa, al igual que en la esterilización quirúrgica en pacientes delgadas. La regional espinal fue indicada en hernias inguinoescrotales con dificultad para la reducción de éstas, la esterilización quirúrgica en pacientes obesas y en los rectocistoceles, y que fue útil la anestesia peridural alta en la colecistectomía por litiasis vesicular única (tabla 4).

TABLA 4. Método anestésico según proceder quirúrgico realizado.

Proceder quirúrgico	Método anestésico		
	Local	Regional	General endovenoso
Herniorrafias de la pared abdominal	98	3	
Nódulos benignos de mama	32		6
Salpingectomía parcial bilateral		6	18
Colpoperineorrafia		5	
Colecistectomía		3	
Otros procedimientos	18		
Total	148	17	24

Fuente: Historias clínicas ambulatorias.

Z = 20,484; p = 0,000E + 00

De los 189 pacientes sólo 60 padecía de una enfermedad asociada para el 31,75 % del total de casos intervenidos. La tabla 5 relaciona estas enfermedades; la lista la encabeza la hipertensión arterial (40,00 %) y en orden decreciente le siguieron la cardiopatía isquémica y el asma con iguales porcentaje (23,33 %) (Z = 2,660E-04). Sólo se operaron 8 diabéticos que eran controlados con hipoglicemiantes orales y dieta (13,34 %).

TABLA 5. Enfermedades asociadas

Enfermedades asociadas	Número	%
Hipertensión arterial	24	40,00
Cardiopatía isquémica	14	23,33
Asma	14	23,33
Diabetes mellitus	8	13,34
Total	60	100,00

Fuente: Historias clínicas ambulatorias.

Z = 3,464; p = 2,660E - 04

Al 77,24 % de los pacientes (146 casos) se le dio el alta hospitalaria antes de las 5 horas; éstos habían sido operados con anestesia local. Al resto de los pacientes se les egresó entre las 6 y 20 horas después de ser intervenidos.

Las complicaciones fueron mínimas y se mostraron en el 5,82 % de los casos, y fue la sepsis de la herida la única complicación entre los operados.

## DISCUSIÓN

Constituye una falacia afirmar que la mujer acepta en menor cuantía la cirugía mayor ambulatoria que el hombre, al parecer esto guarda relación con las afecciones quirúrgicas que inciden más en el sexo masculino y que son factibles de operar con este método. Existen publicaciones nacionales<sup>5-7,8</sup> que así lo confirman. Sin embargo, autores extranjeros,<sup>9-12</sup> reportan mayor porcentaje de mujeres en sus series, al ser el principio de selección, afecciones quirúrgicas que se ven más frecuentes en el sexo femenino.

Se operaron hombres de todas las edades y en el sexo opuesto predominaron las edades comprendidas entre 16 y 45 años, estos resultados también se relacionan con enfermedades que son más frecuentes en mujeres adultas jóvenes. Llama la atención tanto en nuestros resultados como en otros publicados,<sup>5,7-12</sup> que el paciente adulto mayor ha participado de forma no relevante, hecho que nos debe hacer reflexionar, pues la generosidad y seguridad del método, respaldado por la atención primaria de Cuba, permitirá hacerlo más extensivo en este grupo de pacientes.

Al exponer los resultados se elaboraron 2 tablas, con la intención de mostrar las enfermedades que con mayor frecuencia se operaron por sexo. Es altamente sig-

nificativo que 4 entidades: la hernia inguinal, hernia umbilical, el nódulo de mama y la esterilización quirúrgica representaran más del 80 % del universo. Esto condiciona para el futuro la planificación de recursos y perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, con vista a extender el método de la cirugía ambulatoria a todas las instituciones hospitalarias donde existan unidades quirúrgicas. Existen países que se acercan al 40 % de la cirugía mayor resuelta por el método ambulatorio por los excelentes resultados tanto en materia de salud del paciente como en la disminución de los costos por intervención.<sup>1,3,13,14</sup>

Los procedimientos quirúrgicos ejecutados permitieron ser realizados con anestesia local en el mayor número de casos, donde se utilizó como agente anestésico la lidocaína al 1 %. Se tuvo el cuidado al aplicar la anestesia raquídea, de utilizar un trocar bien fino, para evitar la cefalea por punción; publicaciones extranjeras<sup>14,15</sup> hacen las mismas reflexiones al respecto. En relación con la anestesia local, existe un consenso en cuanto a lo positivo de su uso por la inocuidad de ella, y se utiliza tanto en pacientes sanos como en pacientes que muestran otras enfermedades.<sup>5,11,15-18</sup>

Las enfermedades nominadas como asociadas en los pacientes que la padecían, fueron la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica y el asma; ninguna de ellas resultaron obstáculos para la utilización de la cirugía ambulatoria, pues a cada paciente se le aplicó la anestesia adecuada de manera individual. Estos preceptos son básicos para obtener buenos resultados según lo confirman otros estudios.<sup>1,3,13,15</sup>

Todos los operados fueron dados de alta antes de las 24 horas, las altas más tempranas se le dieron a pacientes a quienes se le aplicó anestesia local; iguales resultados obtuvieron Crawford,<sup>13</sup> Lagve<sup>14</sup> y Philip.<sup>15</sup>

El índice de infección de la herida fue de 1,14 %. *Dazzi*<sup>19</sup> considera excelentes resultados con índices de sepsis entre 1,5 y 5,1 %.

## SUMMARY

A cross-sectional descriptive study of 189 patients who underwent ambulatory major surgery at the «Amalia Simoni» Provincial Clinical and Surgical Hospital of Camagüey from June, 1994, to December, 1995, was carried out. Males of all ages were operated on. More men than women were operated on for a ratio of 1.6:1. Most of women were between 16 and 45 years old. Inguinal hernia, umbilical hernia, breast nodule and surgical sterilization accounted for more than 80 % of the affections.

*Subject headings:* AMBULATORY SURGICAL PROCEDURES/methods; EVALUATION.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davis JE. Centro de cirugía mayor ambulatorio y su desarrollo. *Clin Quir Norteam* 1987;67(4):685-708.
2. Degenshein G. Este siglo de cirugía. *Clin Quir Norteam* 1978;5:933-46.
3. Davis JE, Detmer E. The ambulatory surgical unit. *Am Surg* 1972;167:856-62.
4. Kiriodikis C. Selección y evaluación preoperatoria del paciente en cirugía ambulatoria. *Rev Venez Cir* 1989;42(1):183-5.
5. Mederos ON, Pargas A, Ruiz J, Gutiérrez A, Peraza E, Gerardo A. Cirugía ambulatoria mayor en coordinación con el médico de la familia. Estudio de 254 enfermos. Parte I. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1991;7(3):243-7.
6. Cabrera R, Zamora O, Domínguez JC, Alonso E, Cabrera JC, Cárdena I de. Cirugía ambulatoria mayor. Estado de satisfacción de los pacientes. Parte II. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1991;7(3):248-50.
7. Aguila A. Alta precoz, sus ventajas sociales y sobre los indicadores hospitalarios. *Rev Cubana Cir* 1979;18(2):179-81.
8. Rodríguez SA. Cirugía ambulatoria en la hernia inguinal y en la hernia epigástrica. *Rev Hosp Clin F M* 1985;43(3):221-4.
9. Vernaza A. Cirugía ambulatoria. Colescistectomía y tirectomía. *Colomb Med* 1982;90(2):13-7.
10. Ledet WP. Ambulatory cholecistectomy without disability. *Arch Surg* 1990;125(11):1434-41.
11. Lo Gerfo P, Gates R, Grazetas P. Outpatient and short stay thyroid surgery. *Head Neck* 1991;13(2):97-101.
12. Villasana LE, Rivera E. Tratamiento quirúrgico ambulatorio de la enfermedad pilonidal. *Rev Cubana Cir* 1990;29(2):309-13.
13. Crawford FL. Managing quality and reducing risks in ambulatory surgery. *Somen Pereiper Nurs* 1992;1(3):153-66.
14. Lague RJ, Milirent JL. Changes in ambulatory surgery utilization, 1983-1988 a community based analysis. *Am Public Health* 1990;80(7):869-71.
15. Philip BK. Patient assessment of ambulatory anesthesia and surgery. *J Clin Anesth* 1992;4(5):355-8.
16. Fernández A, Dawtry R, Lasalled P. Ambulatory practice of breast surgery. *J Ginecol Obstet Biol Reprod* 1989;18(3):367-71.
17. Grotzinger U. Ambulatory hernia surgery. *Ther Vömsch* 1992;49(3):478-81.
18. Millar B, Signoux M, Hay JM. Surgical treatment of inguinal hernia short-term hospitalization. Prospective survey of 500 consecutive unselected cases. *Presse Med* 1992;21(38):1796-1800.
19. Dazzi C. La teicoplanina nella profilassi delle infezioni di la ferita in chirurgia ambulatoriale magiore. *Ann Ital Clin* 1994;65(10):121-3.

Recibido: 21 de diciembre de 1998. Aprobado: 1ro de marzo de 1999.

Dr. *Manuel Romero García*. Calle Cuarta No.2. Reparto Puerto Príncipe, Camagüey, Cuba.