

Hospital Militar Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba

## CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

*Cp. Fernando Pérez Fouces,<sup>1</sup> My. Rafael Rodríguez Ramírez,<sup>1</sup> Dr. Juan F. Puertas Álvarez<sup>1</sup> y Cp. Pedro L. González Rondón<sup>1</sup>*

### RESUMEN

Se hizo un estudio descriptivo, transversal y prospectivo de 1 200 pacientes con criterios para cirugía mayor ambulatoria, con el fin de determinar las características y beneficios de este método. En la serie predominaron las afecciones herniarias de la pared abdominal, generalmente intervenidas con anestesia local más sedación. Las enfermedades asociadas no constituyeron limitaciones en la muestra escogida, en tanto las complicaciones más frecuentes fueron: infección de la herida quirúrgica, seroma y hematoma. Se obtuvieron evidentes ventajas económicas con respecto al ahorro del recurso cama y la disminución del costo hospitalario, así como un elevado grado de satisfacción por parte de los operados, lo cual justifica que se recomiende incrementar la aplicación de este proceder y extenderlo al mayor número posible de afecciones quirúrgicas.

*Descriptor DeCS:* PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS AMBULATORIOS/métodos; RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.

La cirugía mayor ambulatoria surgió como consecuencia de que el ser humano aprendió a operar a sus semejantes muchísimo antes de que aparecieran los hospitales como instituciones sanitarias importantes. Es en realidad la forma más antigua de cirugía que se conoce; pero con el desarrollo progresivo de la medicina y la sociedad, ésta fue trasladada a las instalaciones sanitarias, quizás con el propósito de

brindar una asistencia médica de mayor calidad.

Con el decursar de los años se realizaron intentos para popularizar y difundir las ventajas de egresar al paciente el propio día de la operación, con un margen de tiempo que no excediera de 24 horas. Por tal razón, la era moderna de la cirugía (y con ella la de tiempo ambulatorio) se inició en Estados Unidos de Norteamérica en

---

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

1961, cuando se presentó el primer programa de intervención ambulatoria en el Hospital Grand Rapids de Michigan.<sup>1</sup>

Al respecto, *Cohen*<sup>2</sup> sostiene que "la seguridad del paciente no radica en si está hospitalizado o es ambulatorio. La seguridad es una actitud y cuando se siguen buenos principios de selección del paciente por el cirujano, con evaluación preanestésica cuidadosa, no hay motivo para esperar más complicaciones que en pacientes hospitalizados".

La apertura del Surgical Center Phoenix en 1970, puso de relieve que este tipo de intervención no implica sólo una corta estadía, sino también la solución de problemas laborales, industriales y administrativos, sin dejar de brindar una asistencia médica con calidad y satisfacción para el paciente.<sup>3</sup>

Cuando la persona debía abonar un impuesto por la operación más el recurso cama, todo resultaba muy costoso, lo cual influía directamente sobre su decisión de asimilar el tratamiento. Luego se pudo comprobar que la propia organización de la cirugía mayor ambulatoria abarataba los costos hospitalarios; aspecto que incide en los gastos e inversiones por cada paciente operado, sin necesidad de utilizar o ampliar el número de camas.<sup>4</sup>

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo de 1 200 pacientes intervenidos quirúrgicamente por el método de cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Militar Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, durante el período comprendido desde febrero de 1994 hasta igual mes de 1998.

Sólo se incluyeron los pacientes enmarcados en las clases I-II de la tabla de

la American Society of Anesthesiologists (ASA).

Los datos primarios se plasmaron en una planilla especialmente confeccionada para la investigación.

## RESULTADOS

Fueron incluidos 973 pacientes del sexo masculino y 227 del femenino, con predominio de los que tenían entre 50 a 69 años de edad, cuya cifra se elevó a 525, Los de 70 y más sumaron 183 en total.

En la tabla 1 aparecen como afecciones más frecuentes las hernias de la pared abdominal: 662 (55,2 %) inguinales, 103 (8,6 %) umbilicales y 60 (5,0 %) epigástricas; con nódulos del tiroides hubo 54.

TABLA 1. *Pacientes operados según enfermedades quirúrgicas*

Enfermedades	No.	%
Hernias inguinales	662	55,2
Hernias umbilicales	103	8,6
Enfermedades del cuello uterino	102	8,5
Nódulo de mama	101	8,4
Hernias epigástricas	60	5,0
Rectocistocele	60	5,0
Hernia crural	58	4,8
Nódulo del tiroides	54	4,5
Total	1 200	100,0

Entre los tipos de anestesia más comunes figuraron: local con sedación en 421 pacientes, espinal y hemoparce en 366 y analgesia quirúrgica acupuntural en 318 (tabla 2).

En las primeras 6 horas del período posoperatorio pudieron ambular más de las tres cuartas partes de los operados, pues en su mayoría no se había utilizado anestesia general. Todos los pacientes se recuperaron antes de las 24 horas.

TABLA 2. *Pacientes operados según tipo de anestesia*

Tipo de anestesia	No.	%
Local con sedación	421	35,1
Espinal con hemoparce	366	30,5
Analgesia acupuntural	318	26,5
General endovenosa	51	4,3
General endotraqueal	44	3,6
Total	1 200	100,0

En la tabla 3 se muestra que 83 de ellos presentaban enfermedades asociadas, con primacía de la hipertensión arterial y las cardiopatías en los afectados de trastornos cardiovasculares (30 enfermos). Las complicaciones operatorias (tabla 4) estuvieron encabezadas por la sepsis de la herida (1,3 %), seguida por seroma, granuloma y hematoma (1,7 % en conjunto).

TABLA 3. *Enfermedades asociadas*

Enfermedades asociadas	No.	%
Cardiovasculares	30	3,5
Degenerativas	22	2,6
Respiratorias	15	1,2
Digestivas	10	0,8
Neurológicas	6	0,5
Total	83	8,6

TABLA 4. *Complicaciones posoperatorias*

Complicaciones	No.	%
Sepsis de la herida	16	1,3
Seroma	8	0,7
Granuloma	7	0,6
Hematoma	5	0,4
Retención urinaria	2	0,2
Sangramiento	1	0,1
Total	39	3,3

Casi la totalidad de los integrantes de la casuística (1 182, para 98,5 %) se mostraron conformes con el método y sólo la

mitad de los que tuvieron complicaciones (18, para 1,5 %), manifestaron inconformidad con el proceder.

## DISCUSIÓN

La supremacía del sexo masculino encontrada por nosotros coincide con otros hallazgos y se explica por el mayor número de intervenciones atribuibles a hernias inguinales en varones; sin embargo, no se corresponde con el grupo etario, pues otros autores informan el de 39 a 40 años como el más numeroso<sup>5,6</sup>

La fundamentación para ello consiste en la exclusión de pacientes de la tercera edad, presumiblemente sanos según la clase I ya mencionada, que sí fueron contemplados en el estudio, pues a pesar de rebasar los 50 años tenían condiciones físicas, psíquicas y sociales adecuadas y algunos presentaban enfermedades asociadas leves y compensadas, incluidos en las clases I y II de la ASA.

Diversos investigadores<sup>7,8</sup> aplican este tipo de cirugía en las afecciones herniarias de la pared abdominal, pero otros<sup>9</sup> han ido extendiendo progresivamente dicha modalidad quirúrgica a enfermedades del tiroides, ginecológicas, etcétera.

En relación con las variedades de anestesia utilizadas en el método, puede decirse que la preferencia se inclina hacia las técnicas regionales y locales, con muy poco uso de las generales.<sup>1</sup>

Casi la totalidad de los pacientes insatisfechos con el tratamiento fueron los que sufrieron alguna complicación, lo cual no siempre es directamente proporcional, pues en nuestro caso obtuvimos un buen resultado y se han informado cifras cercanas al 100 % de satisfacción.<sup>10</sup>

Los beneficios económicos de la cirugía ambulatoria son bien reconocidos y

altamente favorables para las instituciones médicas, que por esa razón la perfeccionan constantemente.<sup>11</sup> La reducción de los

costos hospitalarios en el centro objeto de estudio se ha visto influida, entre otros factores, por la cirugía mayor ambulatoria.

## SUMMARY

We conducted a descriptive crosswise and prospective study of 1 200 patients who had undergone ambulatory major surgeries to determine the characteristics and benefits of this method. Abdominal hernia, generally operated with regional anesthesia plus sedatives prevailed in the group. Associated diseases were not restrictive factors in the selected sample whereas the most frequent complications were surgical wound infections, serone and hematomas. We observed obvious economic advantages regarding saving of beds and lower hospital costs as well as a high level of satisfaction on the part of the operated patients, which serves as a basis for recommending the increasing application of this method in a substantially higher number of surgeries.

*Subject headings:* AMBULATORY SURGICAL PROCEDURES/methods; TREATMENT OUTCOME.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davis JE. Cirugía mayor ambulatoria. Clin Quir Nort Am 1988;2(11):685-6.
2. Cohen DB, Dillon J. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. Clin Quir Nort Am 1988;2(11):687-9.
3. Reed W, Fird J. Cirugía mayor en pacientes ambulatorios. Clin Quir Nort Am 1988;2(11):691-4.
4. Sugioxa K. Selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria. Clin Quir Nort Am 1988;2(11):737-47.
5. Medero C. Cirugía mayor ambulatoria en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 1991;7(3):243-7.
6. Collado O. Cirugía mayor ambulatoria en 276 casos. Rev Cubana Cir 1992;2(6):22-4.
7. Cabrera MR. Cirugía mayor ambulatoria. Estado de satisfacción. Rev Cubana Med Gen Integr 1991;7(3):248-50.
8. Villalón ME. Cirugía mayor ambulatoria. Rev Chil Cir 1993;45(6):540-62.
9. Wetchler B, Baststone O. Another ambulatory surgery. Surg Clin Nort Am 1993;46(2):11-24.
10. Hernández E. Cirugía mayor ambulatoria. Rev Argent Cir 1992;62(3):99-101.
11. Wetchler BV. How to improve your facility as a community cost? J Surg 1996;5(3):141-4.

Recibido: 3 de septiembre de 1999. Aprobado: 9 de octubre de 1999.

Cp. *Fernando Pérez Fouces*. Hospital Militar Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.