

Hospital General Provincial Docente «Capitán Roberto Rodríguez Fernández», Morón, Ciego de Ávila

COMPORTAMIENTO DE LA CIRUGÍA MAYOR APLICADA A PACIENTES AMBULATORIOS

Dr. Alexander Rodríguez Rivero,¹ Dr. Pablo Guillermo Valdés Mesa,² Dr. Juan Carlos Armas Darias¹ y Dr. Fidel Raúl Valdés Leyva¹

RESUMEN

Se realizó una investigación observacional-descriptiva para conocer el comportamiento de la cirugía mayor aplicada a pacientes ambulatorios del Servicio de Cirugía General del Hospital General Provincial Docente «Capitán Roberto Rodríguez Fernández», de Morón, durante el período comprendido entre el 1ro. de enero de 1996 y el 30 de junio de 1998. La mayor proporción de casos de uno y otro sexos, pertenecía a los grupos de edad de 15 a 44 años. La hernia inguinal fue la afección más frecuente y por ende la intervención quirúrgica más realizada. El 10,5 % de los operados presentaba enfermedades asociadas. La anestesia espinal se utilizó en el 61,8 % de los intervenidos. El 2,2 % de los intervenidos tuvo complicaciones; sólo el 0,4 % de los pacientes necesitó hospitalización. El 100,0 % de los pacientes fue seguido por consulta especializada de cirugía y el médico de la familia. El método tuvo buena aceptación en el 99,6 % de los investigados.

Descriptor DeCS: PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS AMBULATORIOS; SERVICIO DE CIRUGIA EN HOSPITAL; HERNIA INGUINAL/cirugía.

Uno de los cambios más estimulantes, oportunos, económicos y satisfactorios de la práctica quirúrgica actual, es el desplazamiento de gran cantidad de procedimientos operatorios de los hospitales a centros para pacientes ambulatorios o externos. Este método de atención quirúrgica

resulta peculiar, porque beneficia a todos los implicados, reduce los costos, ofrece mayor comodidad y no entraña más riesgos para los pacientes.

Los cirujanos han notado que para un determinado número de enfermedades no es necesario tener hospitalizados a los

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General.

² Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.

pacientes, pues es suficiente con un tiempo mínimo de recuperación controlada y un seguimiento eficiente por parte del médico de la familia y consulta especializada.

Sobre la efectividad del método ambulatorio, *Cohen y Dillon* plantearon: «La seguridad del paciente no radica en si está hospitalizado o es ambulatorio. La seguridad es una actitud, y cuando se siguen buenos principios en la selección de pacientes por el cirujano, con evaluación preanestésica y técnica anestésica cuidadosa, no hay motivos para esperar más complicaciones que en pacientes hospitalizados». (Laureiro TT. Cirugía mayor ambulatoria en el paciente pediátrico. Estudio de 1 año [tesis] Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas «Carlos J. Finlay», 1996). (Noa CR. Pacientes ambulatorios y pacientes no ambulatorios. Comparación de los resultados quirúrgicos [tesis] Ciego de Avila: Facultad de Ciencias Médicas, 1990).

En nuestros tiempos existen países que realizan cerca del 60 % de las operaciones de forma ambulatoria y tienen programas instituidos para realizar este tipo de cirugía.¹

En nuestra institución este tipo de cirugía no se llevaba a cabo en años anteriores; al comenzar a explotarse este método decidimos observar el comportamiento de él en nuestro Servicio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional-descriptivo para conocer el comportamiento de algunas variables relacionadas con la cirugía mayor ambulatoria (CMA), aplicada a pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital General

Provincial Docente «Capitán Roberto Rodríguez Fernández», de Morón, durante el período comprendido entre el 1ro. de enero de 1996 y el 30 de junio de 1998.

El universo de trabajo estuvo constituido por todos los pacientes intervenidos de forma ambulatoria en el Servicio de Cirugía General del referido hospital, durante el período antes mencionado, el cual representó el 30,2% del total de operaciones electivas efectuadas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todo paciente mayor de 1 año y menor de 75 años, que fue intervenido mediante CMA en el Hospital General Provincial Docente «Capitán Roberto Rodríguez Fernández», de Morón, perteneciente a la clase I o II de la American Society of Anesthesiologists (ASA) y con una de las entidades nosológicas recomendadas para realizarse por este método y aprobadas por nuestro Servicio.

La técnica de recolección de la información fue la encuesta. La técnica de procesamiento de la información fue manual y se realizó la revisión, validación y computación de ella. Como medida de resumen de la información obtenida se usó la proporción (%).

Los resultados se presentan en tablas, y se emiten las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación

RESULTADOS

En nuestra investigación se apreció un ligero predominio del grupo de edad de 30 a 44 años (31,8 %) y de manera evidente, el sexo masculino fue el que más incidió

TABLA 1. Distribución de los pacientes intervenidos por el método ambulatorio según sexo y grupos de edad

| Grupos de edad (años) | Sexo | | | | Total | |
|-----------------------|-----------|------|----------|------|-------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | | |
| 1-14 | 37 | 12,6 | 41 | 21,1 | 78 | 16,0 |
| 15-29 | 87 | 29,7 | 65 | 33,5 | 152 | 31,2 |
| 30-44 | 92 | 31,4 | 63 | 32,5 | 155 | 31,8 |
| 45-59 | 61 | 20,8 | 23 | 11,9 | 84 | 17,3 |
| 60-75 | 16 | 5,5 | 2 | 1,0 | 18 | 3,7 |
| Total | 293 | 60,2 | 194 | 39,8 | 487 | 100,0 |

Fuente: Encuestas.

en nuestra casuística (60,2 %). El 73,7 % de los investigados tenía un nivel escolar medio o medio superior (tabla 1). Las afecciones más frecuentes en esta modalidad fueron las hernias de la pared abdominal, que constituyeron el 55,5 %, cuya mayor representatividad estuvo dada por las hernias inguinales (tabla 2). El estudio preoperatorio abarcó en la totalidad de los pacientes la realización de hemoglobina, grupo sanguíneo y cituria. El 10,5 % de los operados presentó enfermedades asociadas, y fue la hipertensión arterial la más frecuente (tabla 3). El acto quirúrgico se llevó a cabo con el empleo de anestesia espinal en la mayoría de los enfermos (61,8 %), a causa de que la hermiografía inguinal fue la intervención más frecuente (44,6 %) (tabla 4). Este método quirúrgico garantizó la evolución favorable de la mayoría de los enfermos y sólo el 2,2 % se complicó, y fue la sepsis de la herida la complicación más frecuente y la responsable de los únicos 2 ingresos que se produjeron, con estadía inferior a 5 días (tabla 5). El universo estudiado se siguió posoperatoriamente de forma coordinada por la consulta especializada de Cirugía General y por el médico de la familia, hecho que sin lugar a dudas influyó en el 99,6 % de aceptación de esta variante terapéutica.

TABLA 2. Distribución de pacientes según entidad nosológica

| Entidad nosológica | No. | % |
|-------------------------------|-----|-------|
| Hernias de la pared abdominal | 270 | 55,5 |
| Afecciones mamarias | 52 | 10,7 |
| Afecciones de partes blandas | 46 | 9,4 |
| Afecciones urológicas | 44 | 9,0 |
| Afecciones coloproctológicas | 38 | 7,8 |
| Planificación familiar | 37 | 7,6 |
| Total | 487 | 100,0 |

Fuente: Encuestas.

TABLA 3. Distribución de pacientes según enfermedades asociadas

| Enfermedades asociadas | No. | % |
|----------------------------|-----|-----|
| Hipertensión arterial leve | 32 | 6,6 |
| Asma bronquial | 11 | 2,3 |
| Diabetes mellitus tipo II | 5 | 1,0 |
| Epilepsia compensada | 3 | 0,6 |

Fuente: Encuestas.
N = 487.

TABLA 4. Distribución de pacientes según método anestésico empleado

| Método anestésico | No. | % |
|------------------------------|-----|-------|
| Anestesia espinal | 301 | 61,8 |
| Anestesia general endovenosa | 167 | 34,3 |
| Anestesia local y sedación | 19 | 3,9 |
| Total | 487 | 100,0 |

Fuente: Encuestas.

TABLA 5. Distribución de pacientes según tipo de complicaciones posoperatorias

| Tipo de complicaciones posoperatorias | No. | % |
|---------------------------------------|-----|-----|
| Mediatas: | | |
| -Sepsis de la herida | 7 | 1,4 |
| -Hematoma escrotal | 2 | 0,4 |
| Tardías: | | |
| - Granulomas de la herida | 2 | 0,4 |

Fuente: Encuestas.
N: 487.

DISCUSIÓN

La edad del sujeto es importante aunque no determinante, pues en todos los grupos el estado físico y psicológico del enfermo es más importante que su edad cronológica y aunque es cierto que un paciente de edad avanzada se recupera más lentamente que uno joven, esto por sí solo no es argumento para excluirles categóricamente del método.² (Noa CR. Documento citado).

La CMA es un tipo de proceder que exige determinado nivel cultural, por lo que es considerada la cirugía del futuro en los países desarrollados.¹ (Programa de Cirugía Ambulatoria. Ciudad de La Habana: Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras, 1985). En la bibliografía revisada diversos autores plantean que los resultados posoperatorios dependen en alguna medida del nivel cultural^{3,4}

En cuanto a la entidad patológica podemos plantear que en algunos centros de CMA existen listas de procedimientos que pueden realizarse de forma ambulatoria, lo cual no excluye que en determinadas circunstancias se necesite la hospitalización del paciente para po-

der realizar dicha intervención, por las características particulares del enfermo.

La hernia inguinal es la enfermedad más frecuente reportada por diversos autores.^{2,5,6} Existe debate acerca de qué estudios de laboratorio o radiográficos se requieren cuando se hace CMA, y se acepta que éstos se indiquen según el juicio del médico de asistencia y en relación con cada caso.^{3,5,7}

Otras publicaciones reportan similares enfermedades asociadas con las halladas en nuestro trabajo.^{2,8-10}

Algunos autores señalan la utilización de anestesia local y regional en pacientes operados de forma ambulatoria con resultados satisfactorios.^{6,8,11}

*Pandit y Green*¹² consideran la anestesia general como la forma más común de manejo anestésico para CMA tanto en adultos como en niños.

Diferentes autores coinciden que la herniorrafia inguinal en pacientes ambulatorios es una operación segura y satisfactoria con mínimas posibilidades de complicaciones.^{2,5,6,8}

Al igual que en nuestra investigación, la sepsis de la herida fue la complicación más frecuente encontrada por otros autores.^{8-10,13}

*Mogollón*¹⁴ informó el 0,9 % de rehospitalización y *Villalón*⁹ no reporta reingresos.

En Cuba se publicó un estudio sobre CMA en coordinación con el médico de la familia, donde todos los pacientes al igual que en nuestra investigación fueron atendidos por él, con resultados satisfactorios.¹³

En el mundo existe actualmente una amplia aceptación de la CMA; diversos autores reportan altos porcentajes de satisfacción, como *Osborne y Rudkin*,¹⁵ quienes en su estudio tuvieron el 98,9 % y *Cabrera* y otros¹⁶ el 99,1 %.

En conclusión:

1. La mayor proporción de pacientes pertenecía al sexo masculino (62,2 %) y a los grupos de edad de 15 a 44 años.
2. Las hernias de la pared abdominal y dentro de ellas la inguinal representaron el mayor porcentaje de casos.
3. El 10,5 % de los operados presentaba enfermedades asociadas y pertenecía a la clase II de la ASA.
4. El método de anestesia espinal se utilizó en el 61,8 % de los enfermos.
5. Las complicaciones fueron mínimas (2,2 %) y en ellas predominó la sepsis de la herida.

SUMMARY

An observational descriptive research was made in order to know the behavior of major surgery applied to outpatients from the Service of General Surgery of the "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" General Teaching Hospital, in Morón, from January 1st, 1996, to June 30th, 1998. Most of the cases of both sexes were 15-44 years old. Inguinal hernia was the most frequent affection and, therefore, the most performed operation. 10.5% of the operated on individuals had associated diseases. Spinal anesthesia was used in 61.8% of those who underwent surgery. 2.2% had complications and just 0.4% needed hospitalization. 100% of the patients were followed up by the specialized surgery department and the family physician. The method had good acceptance in 99.6% of the investigated patients.

Subject headings: SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE; SURGERY DEPARTMENT, HOSPITAL; HERNIA, INGUINAL/surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aure TO. Cirugía ambulatoria: conceptos e institucionalización. Bol Hosp Univ Caracas 1992;22(1):2-4.
2. Drucker ZM, Flores VA, Ibanes FR. Implicaciones de un servicio de cirugía ambulatoria. Cir Gen 1995;17(2):109-11.
3. Meridy HW. Criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines for anesthetic management: a retrospective study of 1553 cases. Anesth Analg 1982;61:921-6.
4. Brandt CT. Avaliacao laboratorial pre-operatoria cirugía ambulatorial pediátrica. Arq Bras Med 1998;62(4):261-4.
5. Owings MF, Kozak LJ. Ambulatory and inpatient procedures in the United States, 1996. Vital Health Stat 1998;13(11):1-119.
6. Vaghadia H. Spinal anaesthesia for outpatients: controversies and new techniques. Can J Anaesth 1998;45(5 pt 2):R64-75.
7. Escalante RM. Criterios de selección y criterios de alta, en unidades de cirugía ambulatoria. Actual Anesthesiol 1992;7(1):33-7.
8. Hunter JD, Chambers WA, Penny KI. Minor morbidity after day-case surgery. Scott Med J 1998;43(2):54-6.
9. Villalón ME. Cirugía mayor ambulatoria. Rev Chil Cir 1993;45(6):540-5.
10. Courvoisier B. Ambulatory surgery in a private clinic. Rev Med Suisse Romande 1998;118(8):691-3.
11. Lafferty PM, Malinowska A, Pelta D. Lichtenstein inguinal hernia repair in a primary healthcare setting. Br J Surg 1998;85(6):793-6.
12. Pandit SK, Green CR. General anesthetic techniques. Int Anesthesiol Clin 1994;32(2):55-79.
13. Mederos CO. Cirugía ambulatoria mayor en coordinación con el médico de la familia. Estudio de 254 enfermos. Parte I. Rev Cubana Med Gen Integr 1991;3:243-7.
14. Hermoza MM, Cabello AM. Cirugía ambulatoria en pediatría. Rev Med Inst Peru Segur Soc 1995;4(3):15-9.
15. Osborne GA, Rudkin GE. Outcome after day-care surgery in a mayor teaching hospital. Anaesth Int Care 1993;21(6):822-7.
16. Cabrera MR. Cirugía ambulatoria mayor. Estado de satisfacción de los pacientes. Parte II. Rev Cubana Med Gen Integr 1991;3:248-50.

Recibido: 15 febrero del 2000. Aprobado: 27 de abril del 2000.

Dr. *Alexánder Rodríguez Rivero*. Luz Caballero No. 37, Morón, Ciego de Ávila, Cuba.