

Centro de Diagnóstico Integral "La Paragua"
Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, República Bolivariana de Venezuela

Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en el tratamiento del paciente con hernia abdominal externa

Major ambulatory and short-stay surgery in the treatment of the patient with abdominal external hernia

Javier Cruz Rodríguez^I, Leonardo Cinta Domínguez^{II}, Diderot García Frómata^{III}, Jorge Rojas Bez^{IV}, Yaniel Pérez Cedeño^V

^I Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Master en Urgencias Médicas. Residente de Tercer año de Cirugía General. Hospital "Arnaldo Milián Castro". Villa Clara, Cuba. e.mail: javiercr@hamc.vcl.sld.cu

^{II} Especialista Primer Grado en Cirugía General y Medicina General Integral. Hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero". Florida. Camagüey, Cuba.

^{III} Especialista Primer Grado en Anestesiología y Reanimación y Medicina General Integral. Hospital "Ambrosio Grillo Portuondo". Santiago de Cuba, Cuba. e.mail: dgarciafrometa@yahoo.com.mx

^{IV} Especialista Primer Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital "Mártires de Mayarí". Mayarí. Holguín, Cuba.

^V Especialista Primer Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital "Lucía Íñiguez Landín". Holguín, Cuba. e.mail: yaniel1711@yahoo.es

RESUMEN

Introducción: la operación del paciente por el método ambulatorio es la forma más antigua de cirugía que conocemos.

Objetivo: valorar el impacto de la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en pacientes con enfermedad herniaria en el Centro de Diagnóstico Integral "La Paragua" de Ciudad Bolívar (Venezuela).

Material y Métodos: se realizó un estudio prospectivo-descriptivo en una muestra aleatoria simple que comprendió a 79,9% de los pacientes intervenidos por presentar alguna enfermedad herniaria en el Centro de Diagnóstico Integral,

durante el período comprendido desde el 1ro. de enero hasta el 31 de diciembre del 2008. Se incluyeron en la muestra 123 pacientes quienes fueron incluidos en la modalidad ambulatoria o de corta estadía.

Resultados: en el estudio predominaron los pacientes del sexo masculino, las hernias umbilicales, las intervenciones electivas y la utilización de la anestesia local. Las complicaciones representaron 9,76%. No se produjeron muertes ni reingresos. Las opiniones de pacientes y familiares sobre el método y el seguimiento fueron buenas en un porcentaje superior a 95% en todos los casos.

Conclusiones: la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en pacientes con enfermedad herniaria contribuyó a la prestación de un servicio de calidad y a alcanzar elevados niveles de satisfacción en pacientes y familiares.

Palabras clave: cirugía mayor ambulatoria, cirugía de corta estadía, cirugía, hernia.

ABSTRACT

Introduction: surgery by the ambulatory method is the oldest type of surgery known.

Objective: we intend to assess the impact of Major ambulatory and short-stay surgery on patients that suffered from hernia admitted at the Integral Diagnostic Center "La Paragua" located in Bolívar City (Venezuela).

Material and methods: a descriptive prospective study was carried out in a random sample made by 79.9% of the patients operated for suffering some hernia assisting to the Integral Diagnostic Center from January 1st to December 31st, 2008. Final sample was constituent by 123 patients which were included in the ambulatory or short-stay modality during this period of time.

Results: the patients of the masculine sex, umbilical hernias, and surgeries of elective character and with local anesthesiaprevailing, complications represented the 9.76%. Neitherdeath nor re admittance appeared in operated patients. The opinions of patients and relatives about the method and follow up were good in more than 95% of all operated patients.

Conclusions: major ambulatory and short-stay surgery in patients suffering from hernia contributed to offer a quality service and reach elevated levels of satisfaction in patients and their relatives.

Key words: ambulatory major surgery, surgery of short term, surgery, hernia.

INTRODUCCIÓN

La operación del paciente por el método ambulatorio es, en realidad, la forma más antigua de cirugía que conocemos. El ser humano aprendió a operar a sus semejantes antes de saber escribir o dejar registro de sus operaciones. Durante siglos, los hombres han ayudado a otros mediante la intervención quirúrgica, mucho antes de que aparecieran los hospitales como instituciones importantes en nuestra sociedad a los que se trasladó la práctica quirúrgica.¹ Sin embargo,

durante el siglo XX se hicieron repetidos intentos por volver a popularizar y difundir las ventajas de dar el alta a los pacientes el propio día de la operación.

Conceptos como los de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y cirugía de corta estadía (CCE) se encuentran indisolublemente relacionados. Mediante la CMA, también conocida como cirugía sin ingreso, se ha conseguido que los pacientes a los que les será realizada una intervención mayor puedan acudir al hospital el día de la intervención que tienen programada y después de un período de recuperación corto se le da el alta hospitalaria en las primeras horas del postoperatorio, y regresan a su domicilio el mismo día que se realizó la intervención, tras una vigilancia directa y repetida, y hasta el momento en que se cumplan los criterios de alta aceptados; ello permite prescindir de la ocupación de una cama para su ingreso. Este concepto es diferente al de cirugía de corta estadía (CCE) o de alta precoz, que es aquella que constituye los programas de trabajo que resuelven afecciones quirúrgicas que necesitan la cirugía mayor, con estancias entre uno y tres días. También el procedimiento realizado en un paciente con estadía menor de 24 horas pero que pernocta en la unidad asistencial, se considera como cirugía de corta estadía (CCE).¹⁻⁵ Aunque es, sin dudas, importante la delimitación conceptual entre estas dos modalidades puede considerarse a la CMA como la fase final de un proceso de acortamiento de la estadía hospitalaria.

La introducción del sistema ambulatorio en la cirugía mayor beneficia alrededor de 40 a 50% de los pacientes operados, lo cual aboga sustancialmente a su favor.⁶ La cirugía y la anestesia ambulatorias son en la actualidad actividades cotidianas en la mayoría de los hospitales cubanos. Actualmente se reporta que pueden llegar a constituir entre 40-60% de la cirugía programada y aunque está claro que las fuerzas que han impulsado el cambio de la actividad quirúrgica con ingreso al régimen ambulatorio han sido fundamentalmente económicas, ya que reducen los costos hospitalarios entre 25-75%, no hay dudas de que ofrecen una serie de ventajas para el paciente que hacen posible que se popularicen y se difundan con mayor rapidez.⁷ Potencialmente estos programas pueden alcanzar valores de sustitución mediante cirugía sin ingreso hasta 70-80% del total de las intervenciones realizadas con cirugía programada, al incluir gran número de técnicas quirúrgicas que suponían ingresos de duraciones más o menos prolongadas hasta una semana.¹

Cuba, inmersa en el adelanto científico-técnico y en el desarrollo en el campo de la salud pública, no ha permanecido ajena al renovador paso que representan la CMA y la CCE y se instituyó el Programa Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria por el Ministerio de Salud Pública en 1988.⁸ La experiencia de nuestros médicos se ha puesto al servicio de muchos pueblos del mundo, entre ellos el venezolano. La puesta en marcha de la misión Barrio Adentro II trajo consigo la creación de Centros de Diagnóstico Integrales (CDI). Algunos de estos centros cuentan con quirófano, pero poseen un reducido número de camas; razón por la cual es imprescindible la aplicación de estas propuestas asistenciales.

OBJETIVO

Valorar el impacto de la aplicación de la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía específicamente en pacientes con enfermedad herniaria en el Centro de Diagnóstico Integral "La Paragua" durante el 2008.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo-descriptivo en una muestra escogida de manera aleatoria simple que comprendió 79,9% de los pacientes intervenidos por presentar alguna enfermedad herniaria, en el Centro de Diagnóstico Integral "La Paragua", de Ciudad Bolívar, durante el período comprendido desde el 1ro de enero hasta el 31 de diciembre de 2008.

Se incluyeron en la muestra a 123 pacientes quienes fueron incluidos en la modalidad ambulatoria o de corta estadía. Se aplicaron encuestas de satisfacción a los pacientes y a un acompañante por cada uno. Los pacientes tuvieron un seguimiento mínimo de 1 año y máximo de 2 años.

En el proceso de selección de los pacientes se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: paciente con alguna enfermedad herniaria y con valoración del estado físico de la *American Society Anesthesiology (ASA)* I ó II.

Criterios de exclusión: paciente que se negase a participar en la investigación; paciente que no continuara su seguimiento hasta el alta del centro; paciente con valoración del estado físico de la *ASA* III, IV o V; paciente con índice de masa corporal $<18\text{Kg/m}^2$ o $>39,9\text{ Kg/m}^2$; paciente que no cuente con un familiar o amigo que lo acompañe durante su ingreso, al egreso y en su casa en el período postoperatorio; paciente cuyo acompañante no sea mayor de edad, no sepa leer y escribir, incapaz de valerse por sí mismo, incapaz de comprender y seguir las indicaciones médicas o no ser cooperador; paciente y acompañante que no cuenten con teléfono, paciente con imposibilidad de ser atendido en un hogar situado a menos de una hora del CDI, y paciente que fallezca por causa ajena al procedimiento quirúrgico antes de la culminación del estudio.

Los datos generales y otras informaciones de los pacientes que aceptaron formar parte de la investigación fueron recogidos por los investigadores con posterioridad al acto quirúrgico; se les aclaró que no necesariamente serían incluidos en la misma.

Se realizó la revisión documental del libro de casos intervenidos del quirófano, así como de las historias individuales. Los datos obtenidos se asentaron en un modelo para posteriormente ser vertidos en una base de datos que se creó con el programa *Microsoft Access* para *Windows*. Los datos finalmente se incluyeron en tablas que facilitaron su comprensión y discusión.

RESULTADOS

En el estudio realizado predominó el sexo masculino con 78,86 % y las hernias umbilicales con 59,35 %. (Tabla 1)

Tabla 1. Enfermedad herniaria operada por sexo

CLASIFICACIÓN	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
Hernia Umbilical	51	69,86	22	30,14	73	59,35
Hernia Inguinal	38	97,44	1	2,56	39	31,71
Hernia Epigástrica	7	70,00	3	30,00	10	8,13
Hernia de Spiegel	1	100,00	0	0,00	1	0,81
TOTAL	97	78,86	26	21,14	123	100,00

En la muestra predominaron las intervenciones de carácter electivo con 92,31 % y fueron más frecuentes en el grupo de edades comprendidas entre los 30 y 39 años con 26,83 %. (Tabla 2) .

Tabla 2. Enfermedad herniaria según grupos de edades y tipo de intervención

Grupos de Edades (años)	Tipo				TOTAL	
	Electiva		Urgente			
	No.	%	No.	%	No.	%
≤ 19	3	100	0	0	3	2,44
20 - 29	32	100	0	0	32	26,02
30 - 39	33	100	0	0	33	26,83
40 - 49	21	100	0	0	21	17,07
50 - 59	19	90,48	2	9,52	21	17,07
≥ 60	12	92,31	1	7,69	13	10,57
TOTAL	120	97,56	3	2,44	123	100

Como se muestra en la tabla 3, prevaleció la utilización de la anestesia local seguida de la anestesia espinal.

Tabla 3. Enfermedad herniaria según tipo de intervención y técnica anestésica empleada

Clasificación	Técnica Anestésica					TOTAL
	E	L	LS	GEV	GET	
Hernia Umbilical	5	61	7	0	0	73
Hernia Inguinal	36	2	1	0	0	39
Hernia Epigástrica	0	6	3	0	1	10
Hernia de Spiegel	1	0	0	0	0	1
TOTAL	42	69	11	0	1	123

Leyenda: espinal (E), local (L), local y sedación (LS), general endovenosa (GEV), general endotraqueal (GET).

En total se presentaron 12 complicaciones para 9,76 %. La complicación encontrada con más frecuencia en la muestra fue el seroma de la herida con seis casos que representó 4,88 %. Se presentaron también tres casos de hematomas de la herida (2,44 %), dos granulomas de la herida (1,63 %) y solo un caso de infección de la herida (0,81 %).

No se produjeron defunciones en los pacientes intervenidos quirúrgicamente de manera ambulatoria o con corta estadía por enfermedad herniaria, ni se reingresó a ninguno luego de haber sido dado de alta de la unidad asistencial.

Fueron favorables, en sentido general, las opiniones de los pacientes y familiares sobre el método empleado y el seguimiento efectuado. (Tablas 4 y 5).

Tabla 4. Opinión de los pacientes sobre el método y el seguimiento

OPINIONES	BUENO		REGULAR	
	No.	%	No.	%
Opinión del método	118	95,93	5	4,07
Opinión del seguimiento	122	99,17	1	0,81

Tabla 5. Opinión de los familiares sobre el método y el seguimiento

OPINIONES	BUENO		REGULAR	
	No.	%	No.	%
Opinión del método	119	96,75	4	3,25
Opinión del seguimiento	120	97,56	3	2,44

Fuente: Encuesta realizada a los familiares.

DISCUSIÓN

El predominio del sexo masculino coincide con lo planteado en la literatura revisada.⁹⁻¹³ Solo en el caso de la hernia inguinal existe un predominio en el sexo masculino con una proporción de 9:1.¹⁰ En ningún trabajo realizado se encontró predominio de hernias umbilicales, ni su superioridad en el sexo masculino. Estas se presentan con más frecuencia en el sexo femenino en proporción 1,7:1,⁹ oscilando su frecuencia entre 2 y 18%.¹¹ Las hernias epigástricas se presentan entre 1-4%¹¹ predominando en el sexo masculino con una relación de 3:1 respecto a la mujer.¹⁴ Por su parte, las hernias de Spiegel se consideran como poco frecuentes con predominio en el sexo femenino.¹⁵

El predominio de las intervenciones con carácter electivo coincidió con los resultados obtenidos por Cruz *et al*.¹³ y Revé *et al*.¹⁶ En ambos trabajos el grupo de edades en que se presentaron mayor cantidad de pacientes fue entre 30 y 39 años.

La mayor utilización de la anestesia local no coincidió con los resultados obtenidos por varios autores. Ruesca *et al*.¹⁷ reportaron el empleo de la anestesia regional en 58,3% de los pacientes. Durante la experiencia de 10 años en cirugía mayor ambulatoria de López *et al*.⁷ también existió un predominio de la anestesia regional con 34,3%. Esta discrepancia con este estudio se debe al alto predominio de pacientes con hernia umbilical, los que mayoritariamente requirieron anestesia local.

La incidencia de efectos adversos en CMA es muy inferior a la de los servicios de cirugía en régimen de hospitalización.¹⁸ La corta estadía hospitalaria disminuye las

complicaciones y la infección es la más frecuente en casi todas las literaturas revisadas.

En este aspecto Ruesca¹⁷ encontró 6,8% de complicaciones con 3,9% de infección de la herida, López⁷ 3,9% y 1,46%, y Cruz¹³ 8,50% y 1,31%. A nivel mundial, según parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud, ha de encontrarse el rango de complicaciones entre 2,5 y 12%.¹

En el ámbito mundial solo 3,4% de los pacientes intervenidos por CMA requieren hospitalización por complicaciones, aunque la incidencia de ingresos no esperados oscila de 0,09-16%, dependiendo de la complejidad de los procedimientos quirúrgicos que se practican.^{1,2,18} Los buenos resultados en las tasas de mortalidad y reingresos coinciden con los obtenidos por otros autores.^{7,13,16,17} Los estudios afirman que las complicaciones de trascendencia desde el punto de vista médico no son frecuentes. La mortalidad es extremadamente rara y las complicaciones mayores son extremadamente infrecuentes. La mortalidad en CMA oscila entre 1/66500 y 1/11273.¹⁹

Los pacientes de CMA valoran positivamente el resultado quirúrgico, la información, el trato y la competencia de los profesionales.²⁰ Revé¹⁶ informa en su trabajo 97,0% de satisfacción de los pacientes con el método (CMA y CCE). Reyes⁸ reportó 92,0% de aceptación del método ambulatorio por parte de los pacientes y 94,0% de aceptación del seguimiento. Cruz⁵ señaló como, con el método empleado, la satisfacción de los pacientes sometidos a CMA se modificó en 12 años desde 85,19%, en 1997 hasta 98,22%, en 2008. También Cruz¹³ informó 96,08 % y 94,12% de satisfacción de los familiares con el método y el seguimiento respectivamente.

CONCLUSIONES

La cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía aplicada a los pacientes intervenidos por presentar alguna enfermedad herniaria contribuyó a la prestación de un servicio de calidad al comportarse los indicadores tasa de mortalidad, tasa de reingresos, tasa de complicaciones acorde a lo universalmente aceptado.

Se alcanzaron elevados niveles de satisfacción en pacientes y acompañantes, en relación con el método quirúrgico empleado y al seguimiento efectuado, según los resultados arrojados por los instrumentos aplicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz Rodríguez J. Guía de organización y procedimientos para el desarrollo de la cirugía mayor de corta estadía en pacientes intervenidos de urgencia. Actas del V encuentro teórico Universalización y Sociedad. Santa Clara (Villa Clara), Cuba: 2009, Dic 4.
2. Martínez-Ramos C. Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y Evolución. Reduca (Recursos Educativos). 2009; 1 (1): 294-304.
3. Hurvitz M. Servicio de cirugía mayor ambulatoria. Rev Asoc Coloproct del Sur. 2010; 5 (3): 63-76.

4. Ortega J, Cassinello N, Lledó S. Cirugía tiroidea con menos de 24 horas de hospitalización. Resultados tras 805 tiroidectomías consecutivas en un programa de alta precoz tipo fast-track. *Cir Esp.* 2007; 82(2): 112-6.
5. Reyes Pérez AD. Índice de sustitución y aceptación de la cirugía mayor ambulatoria. *Actas del V encuentro teórico Universalización y Sociedad. Santa Clara (Villa Clara), Cuba :2009, Dic 4.*
6. Cantero Ronquillo A, Mederos Curbelo ON, Romero Díaz CA, Barrera Ortega JC. Cirugía ambulatoria y de corta hospitalización en el cáncer de mama. *Rev Cubana Cir [serie en Internet]* 2007 Abr-Jun; 46(2). [Citado 01 Julio 2007]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
7. López Puerta N, Castillo Lamas L, Domínguez Suárez H, Pérez Gómez P, Pérez Barroso A. Cirugía Mayor Ambulatoria. Experiencia de 10 años. *Rev méd electrón [serie en Internet]* 2005 Nov-Dic:27(6). [Citado 01 Julio 2007]. Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202005/vol6%202005/tema11.htm>
8. Reyes Pérez AD, Rodríguez Fernández MC, Cruz Rodríguez J, Sibrián Cubías NC, Álvarez Luna HR. La cirugía mayor ambulatoria en ginecología. *Medicentro.* [serie en Internet] 2006 Ene-Mar; 10(1). [Citado 01 Julio 2006]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/vol10n106/d4.htm>
9. Abraham Arap JF, Mederos Curbelo ON, García Gutiérrez A. Características generales de las hernias abdominales externas. En: Pardo Gómez G, García Gutiérrez A. *Cirugía. Tomo II.* La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011, p. 503-13.
10. Abraham Arap JF, Casas García JJ, García Gutiérrez A. Hernias de la región inguinocrural. *Hernias de la ingle.* En: Pardo Gómez G, García Gutiérrez A. *Cirugía. Tomo II.* La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011, p. 514-43.
11. Merelio Lardies JM, Napoli ED. Pared abdominal. *Hernias y eventraciones.* En: Ferraina P, Oria A. *Cirugía de Michans.* 5a ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2008, p.417-50.
12. Eubanks WS. Ernie. En: Delfino A, editore. *Sabiston. Trattato di Chirurgia.* Roma: medicina-scienze; 2003, p.783-801.
13. Cruz Rodríguez J, Cinta Domínguez L, Rojas Bez J, García Frómata D. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en el tratamiento del paciente con enfermedad herniaria. *Revista Portales Médicos [serie en Internet]* 2010 Dic; 5(23). [Citado 01 Enero 2011]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2653/1/Cirugia-mayor-ambulatoria-y-de-corta-estadia-en-el-tratamiento-del-paciente-con-enfermedad-herniaria-.html>
14. García Gutiérrez A. Hernias epigástricas o de la línea alba. En: Pardo Gómez G, García Gutiérrez A. *Cirugía. Tomo II.* La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011, p. 557-9.
15. García Gutiérrez A. Hernias abdominales externas poco frecuentes. En: Pardo Gómez G, García Gutiérrez A. *Cirugía. Tomo II.* La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011, p. 560-5.

16. Revé Machado JP, Píriz Momblant A, Suárez Salazar JD, Santell Odio F, Moró Vela R. Organización de un sistema de cirugía de corta hospitalización. Revista Información Científica [serie en Internet] 2003 Oct-Dic; 4. [Citado 01 Julio 2007]. Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/ric/a2003/r4004_a1.pdf
17. Ruesca Domínguez C, Trenzado Rodríguez N, González Lecusay A. Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria y de corta hospitalización. Rev méd electrón [serie en Internet] 2004 Sep-Oct; 26(5). [Citado 01 Julio 2005]. Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202004/vol5%202004/tema04.htm>.
18. Aranaz JM, Ivorra F, Compañ AF, Miralles JJ, Gea MT, Limón R, et al. Efectos adversos en cirugía mayor ambulatoria. Cir Esp. 2008; 84(5):273-8.
19. Cortiñas Sáenz M, Martínez Gómez L, Tárraga López PJ, Sánchez C, Lizán-García M, Palazón MJ. Atención primaria y cirugía mayor ambulatoria. Análisis de incidentes domiciliarios y resultados en el período 2003-2005. Rev Medicina General. 2007; 96: 290-5.
20. Mira Solves JJ, Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J, Gea Velázquez De Castro MT. Percepción de seguridad de los pacientes de cirugía ambulatoria. Cir Esp. 2009; 85(3):179-89.

Recibido: 23 de abril de 2014

Aprobado: 3 de diciembre de 2014