

Cirugía mayor ambulatoria en pacientes operados de urgencia

Outpatient major surgery in patients operated through an emergency

Dr. Misael Salazar Vedey, MsC. Pedro Luis González Rondón, MsC. Ernesto M. Luzardo Silveira, Dr.C. Rafael Rodríguez Ramírez y MsC. Juan Francisco Puertas Álvarez

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

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva, prospectiva y longitudinal de los 1 067 pacientes con afecciones agudas intraabdominales, operados de urgencia por cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, desde enero de 2007 hasta mayo de 2010, con vistas a caracterizarlos según algunas variables de interés. En la casuística predominaron el grupo etario de 31-45 años (47,7 %), el sexo masculino (50,8 %), la apendicitis aguda como diagnóstico preoperatorio (52,9 %), que además presentó complicaciones en 78,1 % del total, la operación por mínimo acceso (57,2 %), con solo 15,6 % de pacientes complicados, y la anestesia general orotraqueal (97,6 %). De acuerdo con la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología, 83,8 % de los afectados perteneció al grupo I, mientras que al analizar las enfermedades asociadas, 42,8 % padecía hipertensión arterial. La modalidad quirúrgica empleada permitió incorporar nuevos diagnósticos preoperatorios, basados en adecuados criterios de selección del paciente; también se logró la satisfacción general de los operados, por lo que se recomendó extenderla a otros centros hospitalarios.

Palabras clave: afecciones agudas intraabdominales, apendicitis aguda, cirugía mayor ambulatoria, urgencias quirúrgicas.

ABSTRACT

A descriptive, prospective and longitudinal investigation of the 1 067 patients with acute intraabdominal disorders, operated through an outpatient major emergent surgery in "Dr. Joaquín Castillo Duany" Teaching Clinical-Surgical Hospital in Santiago de Cuba was carried out from January, 2007 to May, 2010, with the aim of characterizing them according to some variables of interest. The age group 31-45 year old (47.7%), the male sex (50.8%), acute appendicitis as preoperative diagnosis (52.9%), which besides presented complications in 78.1% of the total, the minimal access surgery (57.2%), with only 15.6% of complicated patients, and the general orotracheal anesthesia (97.6%) prevailed in the case material. According to the classification of the American Society of Anesthesiology, 83.8% of the patients affected belonged to group I, while when analyzing the associated diseases, 42.8% suffered from hypertension. The used surgical modality allowed to incorporate new preoperative diagnoses, based on appropriate selection criteria of the patient; the general satisfaction of those patients operated was also achieved, so that it was recommended to extend it to other hospitals.

Key words: intraabdominal acute disorders, acute appendicitis, outpatient major surgery, surgical emergencies.

INTRODUCCIÓN

La cirugía, como todas las ciencias, está en constante evolución y desarrollo, para la búsqueda de una mejor eficiencia y menores costos institucionales. En la historia de la medicina se recoge el dato de que la cirugía surgió primero que los hospitales. Por su parte, Papaceit *et al*¹ refieren que Goerke señalaba la característica ambulatoria de esta, tanto del médico como del paciente, con lo cual surgió una de las formas más antiguas de la práctica quirúrgica.

Al respecto, la cirugía mayor ambulatoria (CMA) surgió como sistema funcional y organizado a mediados del siglo XX en el Reino Unido, impulsada por el Sistema Público de Salud, con el objetivo de reducir las listas de espera quirúrgica, lo que equilibró recursos y calidad asistencial. En 1909, James Nicoll publicó una serie de 8 988 intervenciones quirúrgicas en niños sin hospitalización, con buenos resultados, en el *Glasgow Royal Hospital for Sick Children*; hasta que en 1961, en el *Butterworth Hospital Grand Rapid* (Michigan), apareció el primer programa moderno de CMA, que se llevó a la práctica un año después por Cohen y Dillon, quienes afirmaron que la seguridad del afectado en la cirugía ambulatoria no depende del ingreso o no, sino de la adecuada selección del paciente. Por tanto, los primeros en crear unidades independientes de este tipo de modalidad quirúrgica fueron los anestesiólogos Ford y Reed, en Arizona, durante 1968. De esta manera, desde 1974 hasta 1995, fueron surgiendo varias sociedades internacionales de cirugía y anestesia ambulatorias: *Federated Ambulatory Surgery Association*, *Society for Ambulatory Anesthesia*, *British Association of Day Surgery*, Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria, *International Association for Ambulatory Surgery*.^{2,3}

En América Latina se desarrollaron programas como el de cirugía simplificadora, a partir de 1970, mientras que el *Royal College of Surgeons* del Reino Unido publicó recomendaciones para el uso de esta práctica a partir de 1985. En España comenzó el Programa de Cirugía sin Ingreso en 1982, que alcanzó buen desarrollo en la década de los 90.^{4,5}

Asimismo, en 1986, apareció el término CMA en un libro con el mismo nombre, de la autoría de Davis. Entonces, se revelaron diferentes conceptos de la cirugía mayor ambulatoria, en diferentes países, como: cirugía de externos, cirugía de un día, cirugía sin ingresos y ambulatoria, entre otras; y fue descartado el concepto de cirugía de alta precoz, pues este término puede dar a entender que se le da el alta al paciente antes de tiempo.^{6,7}

Por otra parte, en Cuba se ha generalizado esta modalidad, teniendo previa experiencia en el alta precoz. En 1988, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) aprobó el Programa Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria, cuyo método fue aplicado por especialistas del Hospital Provincial "Amalia Simoni" de la provincia de Camagüey, uno de los pioneros en utilizar esta terapia quirúrgica. De igual forma, en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba se inició esta modalidad desde el 2003, fundamentalmente en casos electivos, y un año más tarde se empleó en las urgencias quirúrgicas, con resultados favorables.⁸

Conceptualmente, se expone que la CMA es la práctica de procedimientos quirúrgicos de mayor o menor complejidad que, independientemente del tipo de anestesia utilizada (general, regional o local), y tras un tiempo de recuperación de no menos de 6 horas y hasta 24 horas después de la operación, permite que el paciente regrese a su hogar para continuar su recuperación en este. Existe un corto período posoperatorio, en el cual se observa al paciente para detectar complicaciones posquirúrgicas, que conllevarían a un ingreso, la anulación de la modalidad ambulatoria y la conducta médica o quirúrgica, según el tipo de complicación.²

Con el advenimiento de la cirugía de mínimo acceso en la actualidad, se ha propiciado el uso de una vía menos agresiva y muy efectiva, tanto de diagnóstico como de terapéutica, además de mostrarse un bajo índice de complicaciones y posibilitar la reinserción laboral del paciente en un tiempo más breve que si se utiliza la cirugía convencional o abierta. La aceptación de esta técnica en las enfermedades quirúrgicas intraabdominales de urgencias es unánime y, junto con el término ambulatorio, la hace más efectiva y necesaria.

En el centro hospitalario donde se desarrolló el presente estudio, se hace cada vez más frecuente el uso de dicha técnica, de carácter ambulatorio, en las urgencias quirúrgicas, con resultados muy favorables y la obtención de mínimas complicaciones, corto tiempo de recuperación y estancia del paciente, así como una menor exposición a infecciones intrahospitalarias.⁹

Consecuentemente, los pacientes han mostrado buena aceptación del método, y en la mayoría de los casos, se obtiene una buena respuesta durante el seguimiento clínico de ellos en las consultas externas hospitalarias y en el área de salud.

Considerando la frecuencia de enfermedades intraabdominales agudas que requieren tratamiento quirúrgico urgente, así como la posibilidad y autorización institucional para emplear la modalidad ambulatoria en estos pacientes, con resultados favorables, se realizó esta investigación en el Servicio de Cirugía General del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", a fin de mostrar algunas características del uso de la CMA de urgencia.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, prospectiva y longitudinal de los 1 067 pacientes con afecciones agudas intraabdominales (de causas traumáticas o no), operados de urgencia por cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, desde enero de 2007 hasta mayo de 2010, con vistas a caracterizarles según algunas variables de interés.

Antes de aplicar el procedimiento, se le explicó al paciente y sus familiares acerca de la modalidad quirúrgica y se obtuvo el consentimiento informado. El afectado debía cumplir determinados criterios de diagnóstico e inclusión, a saber:

- Criterios de diagnósticos
 - Partes blandas: hernias complicadas de la pared abdominal (inguinoescrotales), sin daño vascular o uso de material protésico.
 - Afecciones peritoneales: apendicitis agudas en estado catarral y edematoso, colecistitis agudas operadas por mínimo acceso o convencionalmente.

- Hemorragias: hemoperitoneo por embarazo ectópico roto, folículos ováricos hemorrágicos, quiste de ovario sintomático o complicado (torsión, hemorragia intraquística).
- Traumáticas: herida por arma blanca penetrante, con elementos clínicos humorales de ausencia de lesión visceral.

- Otros criterios de inclusión

Los pacientes que, además de dar su consentimiento para corto tiempo de hospitalización (no más de 24 horas), cumplieran con los siguientes criterios:

- Criterios preoperatorios

- Grupos etarios de 15-60 años.
- Según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), aquellos pacientes que correspondan a los grupos I y II.
- ASA I: Pacientes sanos, que solo padecen la enfermedad por la que van a ser intervenidos quirúrgicamente.
- ASA II: Afectados por alguna enfermedad crónica asociada, además de la afección quirúrgica, pero en estado de compensación.
- Pacientes con estabilidad hemodinámica y cifras de hemoglobina mayor de 100 g/L.
- Tiempo de inicio de los síntomas, hasta la realización del diagnóstico operatorio, menor de 24 horas.

- Criterios preoperatorios

- Ausencia de complicaciones

- Criterios posoperatorios

- Ausencia de complicaciones posoperatorias inmediatas

- Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedades asociadas descompensadas o de alto riesgo, o ambas (ASA III, IV y V).
- Pacientes que al estar de alta, necesiten ingreso por cualquier causa de complicación peroperatoria (iatrogenia, dolor permanente, fiebre, sangrado, íleo paralítico, entre otros).
- Afectados que no cumplan con los criterios de inclusión.
- Pacientes a los que sus familiares no les puedan garantizar transportación a las 24 horas de operados, por la lejanía de la vivienda.

La evaluación de los pacientes estuvo a cargo del equipo de cirujanos y anestesiólogos presentes en las guardias, apoyado también por las enfermeras en turno y los exámenes de laboratorio necesarios para una mejor evaluación del afectado, tales como: hemograma, grupo sanguíneo y factor Rh, glucemia, electrocardiograma, rayos X de tórax y ecografía abdominal o ginecológica (a aquellos que los necesitaran por su enfermedad de base o como medio de diagnóstico, previo a la intervención quirúrgica). Igualmente los pacientes fueron observados durante el período preoperatorio inmediato, el peroperatorio y el posoperatorio inmediato, para detectar cualquier alteración de sus parámetros vitales.

El seguimiento por el cirujano, después del alta, fue similar al realizado en las consultas a los operados ingresados: la primera a los 15 días, la segunda al mes y, luego de esta última, se valoró si necesitaba otra consulta en su área de salud. El médico de familia tuvo importante participación en este caso, pues es el primero en continuar el seguimiento de los pacientes intervenidos quirúrgicamente desde su llegada al hogar,

luego del egreso. Además, se utilizó por parte de los pacientes y médicos, la comunicación telefónica para aclarar cualquier inquietud acerca de la evolución posoperatoria.

En el seguimiento de los pacientes con complicaciones se incluyó la participación de las diferentes áreas de salud a que pertenecen los pacientes, las cuales cumplieron de forma general, los tratamientos indicados ambulatoriamente por el cirujano que valoró a los operados en las consultas externas o en el Cuerpo de Guardia de la institución. El estado de satisfacción con el método empleado expresado al alta

Para expresar las variables utilizadas fue necesario exponer su definición y su operacionalización, con inclusión de la información anotada en la planilla de recolección de datos.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución de los operados mediante CMA según la edad y el sexo, y se halló un predominio del grupo etario de 31-45 años, que representó 47,7 % del total. En cuanto al sexo, primaron los varones, con 542 (50,8 %), que además tuvo una mayor cifra en el grupo etario de 15-30 años, con 308 pacientes, para 28,9 %.

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo

Grupo etario (años)	Sexo				Total	
	Masculino No.	Masculino %	Femenino No.	Femenino %	No.	%
15-30	308	28,9	143	13,4	451	42,3
31-45	211	19,8	298	27,9	509	47,7
46-60	23	2,1	84	7,9	107	10,0
Total	542	50,8	525	49,2	1 067	100,0

Referente a los diagnósticos y las técnicas quirúrgicas empleadas (tabla 2), se obtuvo que el mayor número de pacientes fue operado por mínimo acceso, con 610 (57,2 %) de ellos y predominio de aquellos diagnosticados con colecistitis aguda, que representaron 94,7 % del total de intervenciones por mínimo acceso; mientras que en los afectados intervenidos por técnicas convencionales, predominó la apendicitis aguda como diagnóstico, con 322 pacientes, para 57,1 %.

Tabla 2. Pacientes operados según diagnóstico y técnica quirúrgica

Diagnósticos	No. de pacientes	Técnicas quirúrgicas			
		Convencional		Mínimo acceso	
		No.	%	No.	%
Apendicitis aguda	564	322	57,1	242	42,1
Colecistitis aguda	322	17	5,3	305	94,7
Hernias complicadas	98	98	100,0		
Embarazo ectópico	17	3	17,6	14	82,4
Folículos hemorrágicos	41	9	22,0	32	78,0
Heridas penetrantes abdominales sin lesión visceral	25	8	32,0	17	68,0
Total	1 067	457	42,8	610	57,2

Al analizar las enfermedades asociadas en los pacientes, se observó una mayor incidencia de la hipertensión arterial, con 74 de ellos, para 42,8 % del total; seguida, en orden descendente de frecuencia, de la gastritis crónica y la úlcera péptica gastroduodenal, con 31 (17,9 %) y 29 afectados (16,8 %), respectivamente. Otras enfermedades como el asma bronquial, la diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica, estuvieron presentes en un menor número de operados, con 18 (10,4 %), 14 (8,1 %) y 7 (4,0 %) pacientes, en ese orden.

La mayor frecuencia de complicaciones posquirúrgicas (tabla 3), se produjo de manera significativa en pacientes operados por apendicitis aguda, con 25 de ellos, para 78,1 %; también hubo una menor cuantía de intervenidos por heridas abdominales penetrantes o colecistitis aguda, con 3 (9,4 %) y 2 (6,3 %), respectivamente, del total de complicados en la etapa posoperatoria.

Tabla 3. Pacientes con complicaciones posoperatorias según diagnósticos preoperatorios

Diagnósticos preoperatorios	Pacientes con complicaciones	
	No.	%
Apendicitis aguda	25	78,1
Heridas abdominales penetrantes sin lesión visceral	3	9,4
Colecistitis aguda	2	6,3
Embarazo ectópico roto	1	3,1
Hernias inguinoescrotales complicadas	1	3,1
Total	32	100,0

El método anestésico más utilizado fue el general orotraqueal o endotraqueal, con 1 042 pacientes, para 97,6 % de las intervenciones quirúrgicas de urgencia, los cuales no presentaron ninguna reacción adversa anestésica; en menor frecuencia, se aplicaron la anestesia local, con 16 operados (1,5 %), la anestesia general endovenosa y la espinal, representadas por 6 y 3 pacientes, para 0,6 y 0,3 %, respectivamente, del total operados en esta modalidad.

En cuanto a las complicaciones, existió un predominio de los pacientes con infección de la herida quirúrgica, con 12, para 37,5 % del total de complicados. El resto de las complicaciones leves como: seroma, hematoma y granuloma de la herida, fueron notificadas en 9 (28,1 %), 6 (18,8 %) y 4 afectados (12,5 %), respectivamente. Solo una operada (3,1 %) por embarazo ectópico roto, presentó una complicación grave dada en una oclusión intestinal por bridas.

Al relacionar las complicaciones con la técnica quirúrgica empleada, la minoría de pacientes complicados habían sido intervenidos por las técnicas de mínimo acceso (5 de ellos, para 15,6 %), en tanto, con las técnicas convencionales, hubo 27 pacientes con complicaciones, para 84,4 %.

DISCUSIÓN

Desde los inicios de la cirugía ambulatoria, antes de existir los hospitales, los pacientes operados de urgencia debido a cualquier enfermedad aguda que lo requiriera, realizaban su recuperación en el hogar, algunas veces con consecuencias fatales.

El desarrollo alcanzado actualmente en Cuba en el sector de la salud, el advenimiento de esta modalidad quirúrgica ambulatoria en el mencionado centro hospitalario y la aplicación en las urgencias con técnicas convencionales o de mínimo acceso, contribuyen a mejorar la selección de las enfermedades agudas que requieren solución quirúrgica urgente y estancia hospitalaria de no más de 24 horas.

La apendicitis aguda es una de las enfermedades agudas abdominales que predominantemente se diagnostica en los cuerpos de guardia.^{10,11} No obstante, en este estudio se apreció que la colecistitis aguda fue la segunda entidad clínica más frecuente en urgencia del total de operaciones por CMA. Al respecto, similares logros refirieron varios autores en sus publicaciones.¹²⁻¹⁴

En todos los integrantes de esta serie se utilizó la antibioticoterapia profiláctica, fundamentalmente a base de cefazolina o ceftriaxona por vía endovenosa, según lo establecido por los protocolos aprobados en esta institución.

A pesar de que en la institución médica donde se llevó a cabo esta investigación, las afecciones de urgencias más frecuente son las relacionadas con el síndrome peritoneal, también se han asistido y operado con esta modalidad ambulatoria urgente, a personas con otras afecciones menos frecuentes como: hemoperitoneo espontáneo por embarazo ectópico y foliculos hemorrágicos, representados por 17 (1,6 %) y 41 pacientes (3,8 %), respectivamente.

Referente a estos resultados se ha hallado poca documentación; sin embargo, en el Servicio de Cirugía del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, desde hace algunos años surgió la iniciativa de incluir a las pacientes con afecciones agudas ginecológicas, debido a la evolución satisfactoria de ellas en el periodo posoperatorio y que, desde el punto de vista clínico-humoral, los datos de complicaciones o reintervenciones -- casi nulos --, la experiencia, la habilidad en la cirugía de mínimo acceso y la adecuada selección de las pacientes, según lo aprobado por la Comisión Científica Hospitalaria en los protocolos de asistencia médica de dicha institución, han permitido mantener esta iniciativa.

Los datos estadísticos obtenidos de otros trabajos dan muestra y justifican la continuidad del empleo de la CMA de urgencia en estas enfermedades agudas ginecológicas con calidad y eficiencia.¹⁵

Se ha expuesto^{16,17} que desde que Erich Mühe (Alemania, 1985) y Phillipe Mouret (Francia, 1987) comenzaron a realizar la cirugía mínimamente invasiva en humanos, mucho se ha avanzado en su utilización en varios países, incluida en la cirugía de urgencia de carácter ambulatorio o no y con los mejores resultados, para demostrar que es una alternativa eficiente, menos invasiva, más efectiva y con un mínimo de complicaciones, además de que el tiempo de recuperación del paciente es más corto que cuando el paciente es operado por vía convencional. En esta institución los resultados han sido favorables y, por ello, se enfatiza en el uso cada vez más frecuente de esta vía de mínimo acceso en algunos casos de urgencia.

En el éxito de la CMA se tienen en cuenta varios factores; uno de ellos es, sin duda, la correcta selección de los pacientes, en cuyo caso se considera el tiempo de evolución de los síntomas, que en esta investigación se mantuvo de forma general entre 12 y 24 horas. En la serie también se utilizó la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología.

De hecho, en varios artículos sobre CMA se refiere la importancia del riesgo anestésico-quirúrgico en la selección de los pacientes incluidos en esta modalidad, pues se considera que la evolución de los enfermos con menos riesgos, generalmente es favorable o satisfactoria, lo cual influye en la calidad y aceptación del método aplicado.^{18,19}

Resulta prácticamente imprescindible lograr la compensación de los pacientes que van a ser operados de forma electiva, puesto que un efectivo control de los factores de riesgo en el período preoperatorio, asegura una buena evolución durante el acto quirúrgico y, consecuentemente, una menor frecuencia de complicaciones. En la urgencia, el tiempo para compensación es corto, rápido, dinámico; la intervención no puede ser aplazada, y muchas veces se estabiliza al enfermo en el quirófano.

Algunos integrantes de la casuística presentaron enfermedades crónicas asociadas, lo cual generó su inclusión en el grupo II, según la clasificación de la ASA. Por otra parte, hubo una mayor incidencia de la hipertensión arterial como enfermedad asociada, lo cual se correspondió con los datos expuestos por otros autores.^{2,9}

En cuanto al resto de las enfermedades (asma bronquial, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica), hubo un menor número de afectados. Independientemente de estos resultados, no se observó influencia directa de dichas entidades clínicas de base en la conducta quirúrgica ni en la evolución satisfactoria de los pacientes.

Los métodos anestésicos aplicados en la CMA electiva y urgente son los mismos, la variación obtenida entre estos se manifiesta por la frecuencia de utilización de cada método, por ejemplo: las hernias es una de las entidades más operadas por medio de CMA electiva, en la que se aplica con mayor frecuencia la anestesia local o espinal, según datos hallados en la bibliografía sobre el tema.^{1,7,9} En las urgencias ocurre lo contrario, pues la técnica general orotraqueal es la más empleada, bien tolerada y con resultados satisfactorios, sin alterar los criterios de alta de los pacientes operados mediante CMA urgente.

La supremacía de intervenciones quirúrgicas de urgencia con el método anestésico general orotraqueal se debió, lógicamente, a la cantidad de pacientes con afecciones agudas intraabdominales, que necesitaron ser operados de urgencia con la aplicación del método anestésico adecuado. También se utilizaron, pero en menor cuantía, la anestesia local, la anestesia general endovenosa y la espinal, los que fueron aplicados en aquellos pacientes con hernias inguinoescrotales complicadas y, algunos casos, con apendicitis aguda.

Según los tipos de complicaciones presentadas por los operados en CMA de urgencia, existió un predominio de los pacientes con infección de la herida quirúrgica, lo cual coincidió con lo obtenido por Romero García *et al*,⁸ quien planteó que fue la única complicación en su serie. Solo se encontró una paciente operada por embarazo ectópico roto, que varios días después presentó una oclusión intestinal por bridas (complicación grave), y necesitó una reintervención para poder solucionar inmediatamente el problema sanitario. Su recuperación fue satisfactoria.

Se han planteado muchas ventajas en las diferentes publicaciones relacionadas con la implementación y utilización de la cirugía laparoscópica en la modalidad ambulatoria, pues se evidencian mínimas complicaciones en la evolución posquirúrgica de los pacientes.^{11,12} En esta serie se refirió algo similar, porque hubo un menor número de pacientes con complicaciones posoperatorias por las técnicas de mínimo acceso, contrario

al número de complicaciones por las técnicas convencionales. Aún así, los pacientes tuvieron un seguimiento adecuado y evolucionaron satisfactoriamente, sin afectar la calidad de la modalidad aplicada.

Con respecto a los costos de hospitalización debido a la aplicación de la cirugía convencional, existen variaciones en diversos países que coinciden en los altos costos; sin embargo, los datos estadísticos financieros registrados con el uso de la CMA, han mostrado un impacto económico positivo en el ahorro de recursos hospitalarios, lo cual ha disminuido la saturación de los servicios de urgencias y ha propiciado una mejor rotación y utilización del recurso cama. Recientes cálculos aproximados exponen la diferencia de costos entre un paciente hospitalizado por 7 días luego de la operación urgente, y un paciente con 24 horas de estancia institucional; este último solo genera un gasto diario de 17,42 pesos en moneda nacional y el ingreso tradicional gasta 168,34 pesos, únicamente por el recurso cama.

Desde la implementación de las áreas de asistencia primaria de salud (APS) en Cuba, se ha hecho posible la participación del personal médico y paramédico en el seguimiento de los pacientes operados o tratados por diversas causas en la atención secundaria o terciaria. Actualmente se considera un medidor de calidad asistencial y un apoyo indispensable para la cirugía mayor ambulatoria. Algunos de los pacientes con complicaciones posquirúrgicas culminan satisfactoriamente su recuperación en el nivel primario, previa orientación de la institución hospitalaria.

Del total de pacientes con complicaciones de la serie, solo necesitaron ingresos hospitalarios 8 pacientes operados. A pesar de esto, resultó favorable que la mayor cantidad de pacientes con complicaciones posquirúrgicas (24 de ellos) mantuvo seguimiento por el área de salud hasta su alta definitiva. Este logro se debió a la interrelación entre los 2 niveles de atención médica con el apoyo docente y administrativo de uno u otro, para mantener adecuadamente los niveles de calidad en la atención a los operados mediante la modalidad de CMA urgente.

Tanto en la cirugía electiva como en la urgente, se ha necesitado la colaboración de los médicos y enfermeras de la APS. En este sentido los pacientes han tolerado bien los tratamientos indicados y se han sentido cómodos en su hogar, si se tiene en cuenta que el medio familiar contribuye a la recuperación psicológica del operado y, a la vez, constituye un reto para el médico de familia, quien es protagonista durante la etapa posoperatoria del paciente, y de la constante comunicación entre los facultativos del hospital y los del área de salud. Todos estos elementos favorables se resumen en el estado de satisfacción expresado por los pacientes al alta hospitalaria.

Asimismo en la serie se notó una amplia aceptación con la cirugía mayor ambulatoria de urgencia, pues todos los operados manifestaron estar satisfechos. Estos resultados se corresponden con lo observado en varias instituciones, en las cuales se incluyó la opinión del paciente como parámetro de calidad.^{11,20}

Los métodos nuevos como la CMA de urgencias, que rompen con la tradicionalidad hospitalaria de ingresos de forma urgente, siempre tendrán algunos escépticos, a pesar de que la gran mayoría aboga por su aplicación y aceptación, si se consideran los resultados expuestos en varios artículos sobre las ventajas que se le proporcionan al paciente, los familiares y la institución médica (con su personal), puesto que se evitan las complicaciones debido a infecciones intrahospitalarias, la familia participa de la recuperación sin necesidad de visitar constantemente los hospitales, se liberalizan los estrictos horarios hospitalarios de alimentación, higiene y descanso; y además resulta

una opción en el ahorro de recursos hospitalarios. La cirugía mayor ambulatoria de urgencia es un cambio importante con beneficios para el paciente, con protagonismo y responsabilidad de médicos, paramédicos, y con resultados de impacto económico institucional.

Finalmente, la aplicación de dicha modalidad quirúrgica en la urgencia brindó una alternativa con impacto científico. Independientemente de la edad, el sexo, las enfermedades asociadas y los métodos anestésicos empleados, pudo disminuirse la estancia hospitalaria de los pacientes sin afectar la calidad asistencial; asimismo, se observó una baja incidencia de las complicaciones posoperatorias y las infecciones intrahospitalarias, con mayor frecuencia de la infección de la herida. La cirugía de mínimo acceso resultó la técnica operatoria más empleada y la que tuvo menor número de pacientes con complicaciones, en tanto la causa más frecuente de intervención quirúrgica fue la apendicitis aguda, con preponderancia de complicaciones clínicas posquirúrgicas. Esta modalidad permitió incorporar nuevos diagnósticos preoperatorios, basados en adecuados criterios de selección del paciente, con lo cual se logró la satisfacción general de todos los participantes en la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domínguez Lanuza JC, Zamora Santana O, Rodríguez Reyes JF, Rodríguez Soto ME. Cirugía General Mayor Ambulatoria y de Corta Hospitalización: Experiencia de 5 años de trabajo. *Rev Cubana Cir.* 1999; 38(1): 52-5.
2. Papacit J, Olona M, Ramón C, García Aguado R, Rodríguez R, Rull M. Encuesta nacional sobre manejo preoperatorio y criterios de selección de pacientes en las unidades de cirugía mayor ambulatoria españolas. *Gac Sanit.* 2003; 17(5): 384-92.
3. Davis JE. The major ambulatory surgical center and how it is developed. *Surg Clin Norte Am.* 1987; 67(4): 671-92.
4. Vélez A, González A. Nueva clasificación de niveles de atención quirúrgica. *Acta Med de Valle* 1955; 7(3): 80-8.
5. Comission on the Provision the Surgical Services Royal College of Surgeons of England. Guidelines for day case surgery. London: The College; 1985.
6. Deulofeu Quintana P, Garrido Corchón JF. Posibilidades actuales y perspectivas futuras de la cirugía mayor ambulatoria en ginecología. *JANO.* 2007; 1640: 28-32.
7. Martínez Ramos C. Cirugía mayor ambulatoria. Concepto y evolución. *Reduca.* 2009; 1(1): 294-304.
8. Romero García M, Quintana Marrero J, Robles Jacomino AR, Reyes Balseiro ES. Cirugía mayor ambulatoria. Un método con perspectivas. *Rev Cubana Cir.* 1999; 38(3): 156-60.
9. Pérez Fouces F, Rodríguez Ramírez R, Puertas Álvarez JF, González Rondón PL. Cirugía mayor ambulatoria en el servicio de cirugía general. *Rev Cubana Cir.* 2000; 39(3): 184-7.

10. Galloso Cueto GL, Lantigua Godoy A, Castillo Lamas L, Alfonso Moya O, Bello Delgado R. Cirugía laparoscópica en la urgencia abdominal: experiencia de 9 años. *Rev Med Electron.* 2009; 31(5).
11. Luzardo Silveira EM, Rodríguez Ramírez R, González Rondón PL, Puertas Álvarez JF. Ventajas de la cirugía mayor ambulatoria en situaciones de urgencia médica. *MEDISAN.* 2009; 13(3).
12. Manrique Mansilla D, Márquez Aquino H, Garro Montoro E. Apendicectomía laparoscópica: modelo de programa ambulatorio. *Rev Colomb Cir.* 2008; 23(2): 74-84.
13. Bueno Lledó J, Planells Roig M, Arnau Bertomeu C, Sanahuja Santafé A, Oviedo Bravo M, García Espinosa R, et al. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: a new gold standard for cholecystectomy. *Rev Esp Enferm Dig.* 2006; 98(1): 14-24.
14. Martínez Vieira A, Docobo Duránte F, Mena Robles J, Durán Ferreras I, Vázquez Monchul J, López Bernal F, et al. Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of biliary lithiasis: outpatient surgery or short stay unit? *Rev Esp Enferm Dig.* 2004; 96(7): 452-9.
15. Fernández Santiesteban L, Silvera García JR, Díaz Calderín JM, Vilorio Haza P, Loys Fernández JL. Cirugía videolaparoscópica en urgencias. *Rev Cubana Cir.* 2003; 42(4).
16. Lan H, Broocks DC. Contemporary outcomes of ambulatory laparoscopic cholecystectomy in a major teaching hospital. *World J Surg.* 2002; 26(9): 1117-21.
17. Dirksen CD, Schmitz RF, Hans KM, Nieman FH, Hoogenboom LJ, Go PM. Ambulatory laparoscopy cholecystectomy is as effective as hospitalization and from a social perspective less expensive: a randomized study. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2001; 145(50): 2434-9.
18. Vila Blanco JM. Desarrollo e implantación de la CMA en España: evolución en los hospitales del Insalud. *Cir Esp.* 2004; 76(3): 177-83.
19. Aranaz JM, Ivorra F, Compa AF, Miralles JJ, Gea MT, Limón R, et al. Efectos adversos en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp.* 2008; 84(5):273-8.
20. Codina Griffell J, Martínez Ródenas F, Utrera Ojeda C, Díaz Quesada L, Sánchez Fontcuberta P, Pié García J. La opinión del paciente en cirugía mayor ambulatoria y su inclusión como parámetro de calidad. *Cir Esp.* 1998; 64(1): 28-32.

Recibido: 11 de abril de 2013.

Aprobado: 11 de abril de 2013.

Misael Salazar Vedey. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Punta Blanca s/n, Santiago de Cuba, Cuba.