

Cirugía mayor ambulatoria en un grupo básico de trabajo

Ambulatory major surgery in a basic group of work

Dr. Joaquín Márquez Hernández; Dr. Manuel Noya Pimienta; Dr. Heriberto Hooker Jesse

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: la Cirugía Mayor Ambulatoria se refiere a operaciones realizadas en pacientes sin admisión hospitalaria con retorno al hogar antes de las 24h, independientemente del tipo de anestesia empleada.

Objetivo: conocer las características generales de la aplicación de la Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni y estimular a que se aumente su empleo en pacientes que vivan alejados de la capital provincial.

Método: se realizó estudio descriptivo longitudinal prospectivo en un grupo básico de trabajo del servicio de Cirugía General de este centro en el período comprendido entre septiembre de 2007 y agosto de 2008. La información se obtuvo de las microhistorias de los pacientes. Se procesó en microcomputadora IBM mediante el paquete estadístico MICROSTAT.

Resultados: predominaron los pacientes del sexo masculino, los comprendidos entre treinta y treinta y nueve años de edad y los procedentes del municipio Camagüey. El mayor número egresó en las primeras cinco horas.

Conclusiones: no se presentaron complicaciones transoperatorias, quirúrgicas o anestésicas. Se empleó con mayor frecuencia el método anestésico local. Predominó la hernia inguinal en el sexo masculino y la salpingectomía en las mujeres.

DeCS: cirugía mayor ambulatoria, práctica segura, disminuye costos.

ABSTRACT

Background: the ambulatory major surgery refers to operations carried out in patients without hospital admission returning home before 24h, independently of the type of anesthesia used.

Objective: to know the general characteristics of the application of the ambulatory major surgery in the Teaching Clinical Surgical Provincial Hospital Amalia Simoni and to stimulate their employment increases in patients that live far from the provincial capital.

Method: a longitudinal prospective descriptive study in a basic group of work of the General Surgery service of this center was conducted from september 2007 to august 2008. The information was obtained of patients' clinical records. Data were processed in a microcomputer IBM by means of the statistical package MICROSTAT.

Results: patients of the masculine sex predominated, those comprised between thirty and thirty nine years of age and the ones coming from Camagüey municipality prevailed. The biggest number discharged from hospital in the first five hours.

Conclusions: they didn't show up transoperative, surgical or anesthetic complications. It was used with more frequency local anesthetic method. Inguinal hernia prevailed in the masculine sex and the salpingectomy in women.

DeCS: ambulatory major surgery, safe practice, diminishes costs.

INTRODUCCIÓN

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se inició en los Estados Unidos de Norte-América. En Cuba se instituyó por el Ministerio de Salud Pública el Programa Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria en 1988. En el Hospital Amalia Simoni, la misma se comenzó a aplicar a partir de junio de 1994. ¹

Se ha comprobado que esta práctica es segura por completo si se lleva a cabo con seriedad y bajos controles estrictos por parte de cirujanos y anestesiólogos. ²⁻⁴

La CMA se refiere a operaciones realizadas en pacientes sin admisión hospitalaria con retorno al hogar antes de las 24h, independientemente del tipo de anestesia empleada.⁵⁻⁷

En la aplicación de la CMA se hace necesario un corto período de observación y recuperación institucional postoperatoria, lo cual permite detectar la aparición de complicaciones quirúrgicas o anestésicas.⁸⁻¹⁰

En la actualidad, ante los altos costos de la atención médica y en especial el alto costo de los servicios quirúrgicos, la CMA, constituye una alternativa de trabajo que resuelve en parte esta problemática.¹¹⁻³

En el Hospital Amalia Simoni se brinda asistencia médica a una población que predominantemente vive en zonas periféricas y áreas rurales del municipio Camagüey. Debido al sistema de regionalización establecido por el Ministerio de Salud Pública, dicha asistencia también se le brinda a la población de otros municipios.

La coordinación oportuna con el Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM) del retorno a los hogares de los pacientes operados ambulatoriamente, garantiza la exitosa aplicación de la CMA, aún en casos de los que vivan alejados y que no puedan garantizar por medios propios su retorno.

El objetivo que persigue esta investigación es conocer las características generales de la aplicación de la Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital Amalia Simoni.

MÉTODO

Se realizó estudio descriptivo longitudinal prospectivo. Se revisó la labor de CMA realizada por un grupo básico de trabajo en el servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni durante un año de trabajo en el período comprendido desde septiembre de 2007 hasta agosto de 2008.

El estudio incluyó 83 pacientes, los cuales ofrecieron su consentimiento para recibir tratamiento quirúrgico mayor ambulatorio. Por decisión del equipo que realiza el estudio el universo coincidió con la muestra, pues todos los pacientes operados en el período estudiado en el Grupo Básico de Trabajo con la aplicación de la CMA fueron incluidos en el mismo.

Los criterios de selección de los pacientes para realizar la CMA fueron los establecidos por el Programa Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria del Ministerio de Salud Pública.

La información se recogió de forma sistemática de las microhistorias de los pacientes. Éstas se obtuvieron del archivo del hospital o al momento del egreso de los mismos. Los datos obtenidos se reflejan en planilla diseñada al efecto donde se incluyeron las variables siguientes: área de procedencia de los pacientes, distribución de los mismos acorde grupos etéreos, sexo y motivos de las operaciones, tiempo quirúrgico de las mismas, coincidencia de los diagnósticos pre y transoperatorios, métodos anestésicos empleados, estancia hospitalaria de los pacientes y presencia de complicaciones quirúrgicas o anestésicas trans ó postoperatorias, inmediatas ó mediatas.

Se empleó microcomputadora IBM para procesar la información mediante el paquete estadístico MICROSTAT. Se confeccionaron tablas para favorecer el análisis y discusión de los resultados.

RESULTADOS

La CMA se aplicó en 83 pacientes. Existió predominio de los procedentes del municipio Camagüey con 50 pacientes que representan un 60, 2 % de la totalidad de los casos estudiados, diez provenían de sus áreas rurales, para un 12, 0 %; de la periferia de la ciudad procedían 16, para un 19, 3 % y de la ciudad 24, para un 28, 9 %.

Procedentes de otros municipios se operaron 31 que representan un 37, 4 % del total. Se operaron dos pacientes procedentes de otras provincias, uno de Ciudad de La Habana y otro de Santiago de Cuba, ambos por conveniencia familiar decidieron se realizara su operación en la ciudad de Camagüey, luego de la misma se trasladaron a casas de familiares radicados en esta ciudad. Tabla 1

Tabla 1. Área de procedencia de los pacientes

Área	No de casos	%
Camagüey ciudad	24	28,9
Camagüey periferia	16	19,3
Camagüey rural	10	12,0
Otros municipios	31	37,4
Otras provincias	2	2,4
Total	83	100

Fuente: Microhistorias

Se determinó predominio del grupo etáreo comprendido entre 30 y 39 años donde se incluyeron 35 pacientes para un 42, 2 %; así como también predominó el grupo comprendido entre 40 y 49 años con 17 pacientes para un 20, 5 %. Los pacientes más jóvenes coincidentemente resultaron ser tres: de 18 años de edad, dos hombres y una mujer. La mujer era portadora de un nódulo de mama, los hombres de hernia epigástrica e inguinal respectivamente. El paciente de mayor edad resultó ser un hombre de 84 años, el cual se operó por lipoma voluminoso de la espalda.

Tabla 2

Tabla 2. Agrupación por grupos etáreos

Grupo Etáreo	No de casos	%
18-29	12	14,5
30-39	35	42,2
40-49	17	20,5
50-59	8	9,6
60-69	5	6,0
70-79	5	6,0
80-89	1	1,2
Total	83	100

Fuente: Microhistoria

Se determinaron los diagnósticos preoperatorios que coincidieron en el 100 % de los casos con los operatorios. Las operaciones realizadas correspondieron a las establecidas para las enfermedades que presentaron los pacientes. A una paciente, a la que se le realizó salpingectomía parcial bilateral por multiparidad, se le detectó la presencia de ovario izquierdo quístico, el cual se resecó en cuña.

Se determinó predominio de los pacientes del sexo masculino con 46 pacientes, que representaron un 55, 4 % del total. Se operaron 37 mujeres para un 44, 6 %.

Se precisó la hernia inguinal resultó la enfermedad predominante con 26 pacientes que representaron un 31, 3 % de la casuística total.

La hernia inguinal resultó la causa que más motivó operaciones en el sexo masculino con 22 hombres para un 26, 2 %. En las mujeres predominó la salpingectomía parcial bilateral por multiparidad, esta se realizó en 18 pacientes para un 21, 7 %.Tabla 3

Tabla 3: Motivo de operación y distribución por sexos

Motivo	No. de casos	%	Hombres	%	Mujeres	%
Hernia Inguinal	26	31,3	22	26,5	4	4,8
Multiparidad	18	21,7	-	-	18	21,7
Hernia Umbilical	11	13,4	9	10,8	2	2,4
Nódulo de Mama	10	12,0	-	-	10	12,0
Hernia Epigástrica	7	8,4	6	7,2	1	1,2
Lipoma	6	7,2	5	6,0	1	1,2
Ginecomastia	3	3,6	3	3,6	-	-
Varicocele	1	1,2	1	1,2	-	-
Hernia Hipogástrica	1	1,2	-	-	1	1,2
Total	83	100	46	55,4	37	44,6

Fuente: Microhistoria

El tiempo quirúrgico fue menor de 30 minutos en 24 pacientes, para un 28,9 %. Estuvo comprendido entre 31 y 60 minutos en 57 pacientes, lo que representa un 68,7 %. En dos pacientes operados con anestesia local por hernia inguinal no se recogen en el informe operatorio los datos relativos al tiempo quirúrgico, estos representan un 2,4 % del total. Tabla 4

Tabla 4. Tiempo Quirúrgico

Tiempo Quirúrgico	No de casos	%
Menos de 30 minutos	24	28,9
31-60 minutos	57	68,7
No se recoge	2	2,4
Total	83	100

Fuente: Microhistoria

Se administró anestesia local a 62 pacientes para un 74,7 %, en todos la aplicó el cirujano.

Se empleó anestesia espinal en 15 pacientes para un 18,1 %. Se aplicó en 12 mujeres multíparas, para un 14,5 %. Los tres restantes fueron hombres portadores de hernia inguinal que representaron un 7,2 %.

La anestesia general se aplicó en las seis mujeres multíparas restantes que representaron un 7,2%.Tabla 5

Tabla 5. Tipo de anestesia aplicada

Anestesia	No de casos	%
Local	62	74,7
Espinal	15	18,1
General	6	7,2
Total	83	100

Fuente: Microhistoria

Se precisó todos los pacientes regresaron a sus casas en las primeras 24 horas. En la primera hora lo hicieron 14, para un 16,9%. Al término de las primeras 5h ya 55 pacientes que representaron un 66,1% del total habían concluido su estancia hospitalaria postoperatoria.

No se recogió la existencia de complicaciones transoperatorias quirúrgicas o anestésicas en las microhistorias. Tampoco se reportaron en su postoperatorio inmediato.

Se evidenció el reporte de la presencia de sepsis de la herida en dos pacientes en el seguimiento por consulta externa, lo cual representa un 2,4% del total. Ambos fueron operados con anestesia local por hernia inguinal.

DISCUSIÓN

Existió predominio de pacientes procedentes del municipio Camagüey con aporte importante de los provenientes de sus áreas periféricas y rurales. La participación de pacientes procedentes de otros municipios resultó significativa en el estudio. En bibliografía consultada no se relaciona el área de procedencia de los pacientes.^{1, 8, 9} Se consideró que la ubicación geográfica distante del área de residencia de los pacientes no debe constituir un freno para la aplicación y desarrollo de la CMA. La estructura, organización y funcionamiento de nuestro sistema de salud garantiza una adecuada cobertura para ello. Los cirujanos deben permanentemente trabajar en esta dirección, como alternativa que en parte resuelve la problemática económica de la atención quirúrgica al disminuir los costos hospitalarios.

El predominio del grupo etáreo correspondiente a la cuarta década de la vida coincide con lo reportado en otros trabajos realizados al respecto.^{1, 7, 14} Ello se

justifica por las enfermedades que se operan de forma ambulatoria, las cuales predominan en hombres y mujeres adultos jóvenes.

El predominio de pacientes del sexo masculino coincide con lo reportado en otros estudios.^{10, 15} Esto se encuentra avalado por la mayor frecuencia de enfermedades tributarias de tratamiento quirúrgico ambulatorio en el hombre.

Resultó la hernia inguinal la enfermedad que predominó en el sexo masculino. Las mujeres se operaron el mayor número de veces por multiparidad. Existe coincidencia de estos resultados con lo observado en la bibliografía revisada,^{1, 13, 16} en lo cual influye la facilidad de realizar estas operaciones con el método ambulatorio.

Predominó el tiempo quirúrgico inferior a una hora, en coincidencia con lo reflejado en la literatura revisada.^{5, 10} Favorecen este corto tiempo quirúrgico las enfermedades que portan los pacientes que se operan con el método ambulatorio, se añade la adecuada selección de los mismos por su cirujano de asistencia.

El método anestésico más empleado consistió en la aplicación de anestesia local. Como anestésico predominó el empleo de lidocaína al 2 %, sola, o combinada con la Bupivacaína al 0, 5 %. En todos los reportes revisados predomina el método anestésico local dado la inocuidad del mismo y el poder emplearlo tanto en pacientes sanos, como en los que puedan mostrar enfermedades asociadas.^{1, 11, 12}

La totalidad de los pacientes regresó a su hogar en las primeras 24h postoperatorias como está establecido por el Ministerio de Salud en el Programa Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria y como establecen los centros internacionales rectores de esta actividad.¹⁰

La sepsis de la herida se presentó como complicación. Se reportan en este tipo de cirugía al hematoma y a la sepsis de la herida como las complicaciones postoperatorias más frecuentes, muchas veces relacionadas con el propio proceso de infiltración de la anestesia local.^{10, 13}

La CMA es una práctica segura que se puede aplicar en pacientes portadores de diferentes enfermedades, independientemente del método anestésico a emplear y del área de residencia de los mismos, siempre que de forma previa el cirujano de asistencia realice las valoraciones correspondientes con el paciente y su médico de la familia.

CONCLUSIONES

Existió predominio de los pacientes procedentes del municipio Camagüey con participación importante de los procedentes de sus áreas rurales y periféricas.

Predominó el sexo masculino y los de la cuarta década de la vida. Existió total concordancia entre los diagnósticos pre y transoperatorios. Las operaciones realizadas se correspondieron con estos diagnósticos. Predominó la operación para la reparación de hernia inguinal en el sexo masculino y para el control quirúrgico de la población familiar en el femenino. El mayor número de operaciones se realizó en un tiempo quirúrgico menor de una hora y el mayor número de pacientes egresó en las primeras 5h postoperatorias. El método anestésico más aplicado resultó ser la anestesia local. Siempre se empleó lidocaína, sola, o en combinación con la bupivacaína. No existieron complicaciones trans ni postoperatorias inmediatas. La sepsis de la herida se presentó como complicación postoperatoria mediata.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero GM, Quintana Marrero JJ, Robles Jacomino AR, Reyes Balseiro ES. Cirugía mayor ambulatoria. Un método con perspectiva. Rev Cubana Cir 1999; 38(3): 156-60.
2. Pearson AR, Richardson M, Cairns M. Best practice in day surgery units: a review of the evidence. Ambulatory Surgery 2004; 11: 49 - 54.
3. Dexter F, Chestnut DH. Analysis of statistical test to compare visual analog scale measurements among groups. Anesthesiology 2005; 82: 896-902.
4. Ruesca DCM, Malpica A. Reflexión ética en la práctica de la CMA. Revista Médica Electrónica 2007; 29(1):1.
5. Lermite J, Chung F. Patient selection in ambulatory surgery. Curr Opin Anaesthesiol 2005; 18(6):598-602.
6. Bryson GL, Chung F, Cox RG, Crowe MJ, Fuller J, et al. Canadian Ambulatory Anesthesia Research Education Group Patient selection in ambulatory anesthesia - an evidence- based review: part II. Can J Anaesth 2004; 51(8):782-94.
7. Portero JL. Motivos de la lenta y desigual implantación de la cirugía mayor ambulatoria en nuestro país. Cir Esp 2000; 68: 1-2.
8. Sierra E, Bassons J. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. En: Farreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna (14.a ed.). Madrid-Barcelona: Harcourt, 2000; 7: 43-45.
9. Mederos C, León C, Romero D, Mustafá GR, Quesada L, Domingo T. Resultados de la cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente Comandante Manuel Fajardo. Rev Cub Cir 1999; 38(1):41-5.
10. Marin MJ, Otero JA, Pérez RC, Gallardo GA, Narrero CJ, Leal SO. Unidad de cirugía de día: Funcionamiento y experiencia. Cir Esp 1994; 54:231-4.

11. García GA, Pardo GG. Cirugía Tomo I. 1ra ed. La Habana. Ciencias Médicas 2007: 240.
12. Blanco FP, Alabar VN, Alcantal LR, Piña PL, Cisneros DC, Rodríguez CM. Análisis del costo efectividad de la histerectomía entre la cirugía convencional y la cirugía videoendoscópica. XIX Forum Nacional de Ciencias Médicas. Resumen 2007: 1 - 74.
13. Pérez FF, Rodríguez RR, Puertos Alvarez JF, Gonzales Rondón PL. Cirugía mayor ambulatoria en el servicio de cirugía general. Rev Cubana Cir 2000; 39(3):184-7.
14. Martínez RG, Torres FS, González DR, Garrido Lena LI. Comportamiento de la cirugía mayor ambulatorio: Estudio de 5 años. Rev Cubana Cir Hab 2003; 5(2):420-4.
15. García-Roco P, Quintana PA, Correa MA, Quintana MJ. Cirugía mayor ambulatoria de glándulas salivales. Archivo médico de Camagüey 2004; 8(6):3.
16. Rozman C. Medicina Interna. 14ª ed. Madrid Barcelona: Horcourt 2000; 7:41-42.

Recibido: 18 de noviembre de 2008.

Aprobado: 28 de mayo de 2009

Dr. Joaquín Márquez Hernández: Especialista de I Grado en Cirugía General. Master en Urgencias Médicas. Profesor Instructor. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni. Camagüey, Cuba. E-mail: yadan@finlay.cmw.sld.cu