

Cirugía mayor ambulatoria en el paciente pediátrico. Resultados de tres años 1994-1996

Dr. Tirso Laureiro Toledo; Dra. Elizabeth Hernández Moore; Dr. José Carlos Bueno Rodríguez; Dr. José Luís Reguero Muñoz

Hospital Pediátrico Provincial Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presentan los resultados de tres años de trabajo: 1994 a 1996 en cirugía mayor ambulatoria pediátrica, durante los cuales fueron operados 1 312 pacientes, que representaron el 69,3% del total de operaciones electivas del servicio de cirugía en igual período. El 75% de los operados correspondieron al sexo masculino y el grupo etáreo predominante fue el de 1 a 4 años. El asma bronquial fue la enfermedad asociada que se encontró con mayor frecuencia. La herniorrafia inguinal fue la operación realizada al mayor número de pacientes. El 3,12% de los operados presentaron complicaciones en el postoperatorio, las que, con excepción, de un paciente, fueron leves. No existió mortalidad. Se obtuvo una buena aceptación del método en el 98,0% de los familiares.

DeCS: CIRUGIA AMBULATORIA/ niños.

INTRODUCCION

Aunque se reconoce que la cirugía mayor ambulatoria (CMA) del paciente pediátrico fue realizada por primera vez por Nicoll en 1909, y más tarde por Herzfeld el 1938, algunos estiman que pudo ser practicada al menos desde 1880 (1).

El primer programa moderno para atención de pacientes adultos ambulatorios se inició en 1961 en Estados Unidos y más tarde, en 1970, se inauguró el Surgicenter

en Phoenix, Arizona, el cual representó un decisivo estímulo para el desarrollo de la CMA (2). Poco tiempo después comenzó en el propio Surgicenter esta modalidad quirúrgica en pacientes pediátricos (3).

En el servicio de Cirugía Pediátrica de nuestro hospital se realizaban operaciones a pacientes ambulatorios aislados desde 1990. Progresivamente se fueron perfeccionando los mecanismos hospitalarios para el desarrollo de la CMA, incluyendo la creación de una sala independiente dentro del área quirúrgica para pacientes ambulatorios, lo que ha permitido, entre otras ventajas, aumentar el número de intervenciones.

Actualmente se considera a escala mundial la cirugía ambulatoria como uno de los avances más importantes en la atención quirúrgica infantil, y el objetivo de este trabajo es presentar los resultados de la CMA en nuestro Centro en un período de tres años.

METODO

Se realizó un estudio de los pacientes pediátricos operados por CMA en el período comprendido entre enero de 1994 y diciembre de 1996, ambos incluidos.

Las enfermedades quirúrgicas que fueron objeto de intervención mediante CMA fueron previamente establecidas en nuestro servicio de cirugía pediátrica. Se excluyeron del método los pacientes menores de un año de edad, los que presentaban enfermedades asociadas graves descompensadas y los que residían fuera del perímetro urbano de la Ciudad de Camagüey.

Nuestro procedimiento habitual incluye la entrega en la consulta de cirugía de un modelo con instrucciones pre y postoperatorias y se obtiene el consentimiento escrito del familiar para la operación. Además, se informa por su conducto al médico de la familia la fecha e índole de la intervención, y el paciente es valorado en la consulta de anestesia la tarde anterior a la misma.

El día programado el niño ingresa a las 7 am en la sala de cirugía ambulatoria y la intervención se realiza en horas de la mañana. En todos los casos se utiliza anestesia general, endotraqueal o intravenosa. Después de la recuperación anestésica, el paciente es egresado. De ocurrir una complicación inmediata, el paciente se ingresa en la sala correspondiente.

El día siguiente, el niño es valorado en el hogar por el médico de la familia, y en días posteriores, si es necesario.

A la semana de operado, el paciente acude a la consulta de cirugía para valoración quirúrgica.

En el estudio se evaluaron los siguientes datos: edad, sexo, enfermedades asociadas, operación realizada, complicaciones, necesidades de hospitalización y aceptación del método, los que fueron recogidos mediante una encuesta elaborada al efecto.

RESULTADOS

Durante los tres años estudiados fueron operados por CMA 1 312 pacientes, que representaron el 69,3% del total de operaciones electivas del servicio de cirugía pediátrica en ese período.

En la tabla 1 se muestra la distribución de nuestra casuística por sexos y grupos etáreos: 984 pacientes (75,0%) pertenecen al sexo masculino y 328 (25,0%) al femenino. El grupo de 1 a 4 años incluyó el mayor número de pacientes: 616 (46,9%), seguido del grupo de 5 a 9 años con 446 niños (33,9%).

Tabla 1. Distribución de pacientes operados según sexo y grupos etáreos

Grupos etáreos (Años)	SEXO		Total	%
	Masculino	Femenino		
1 - 4	462	154	616	46,9
5 - 9	334	112	446	33,9
10-14	175	57	232	17,6
15-18	13	5	18	1,6
TOTAL	984(75%)	328 (25%)	1312	100,0

Fuente: Encuesta.

La tabla 2 refleja las enfermedades asociadas, donde la más frecuente es el asma bronquial, presente en 72 pacientes. Se encontraron 108 enfermedades asociadas en igual número de operados.

Tabla 2. Enfermedades Asociadas

Enfermedades	No. Pacientes
Asma Bronquial	72
Amigdalitis Crónica	24
Epilepsia Compensada	8
Convulsiones Febriles	4
TOTAL	108

Fuente: Encuestas.

La herniorrafia inguinal fue la operación que se realizó al mayor número de pacientes: 545, (41,5%), seguida de la herniorrafia en 249 niños (18,9%) y la exéresis de quistes y tumores de partes blandas en 165 pacientes (12,6%) (Tabla 3).

Tabla 3. Operaciones realizadas

Operaciones	No. Pacientes	%
Herniorrafia Inguinal	545	41,5
Herniorrafia Umbilical	249	18,9
Exéresis de Quistes y tumores de partes blandas.	165	12,6
Circuncisión	139	10,6
Orquidopexia	86	6,5
Rectosigmoidoscopia	46	3,5
Herniorrafia Epigástrica	42	3,2
Ligadura de vasos espermáticos.	21	1,6
Examen Ginecológico	13	0,9
Otras	6	0,7
TOTAL	1312	100,0

Se presentaron en el período estudiado 41 complicaciones (Tabla 4), para un 3,12%. De ellas, 19 ocurrieron en el postoperatorio inmediato, la más frecuente fue la emesis mantenida. Entre las 21 complicaciones tardías, la sepsis de la herida fue la más encontrada.

Fue necesario hospitalizar a 24 pacientes (1,07%), 18 de los cuales correspondieron al síndrome emético mantenido en el postoperatorio. Solo un paciente presentó una complicación grave (broncoespasmo severo) que requirió ingreso en terapia intensiva. No existió mortalidad en nuestro estudio.

Tabla 4. Complicaciones Postoperatorias y necesidad de Hospitalización

Complicaciones	No. Pacientes	Necesidad de hospitalización
- Inmediatas:		
Emesis mantenida	18	18
Broncoespasmo severo	1	1
- Tardías:		
Sepsis de la Herida	16	5
Hematoma Escrotal	3	-
Hematoma de la Herida	2	-
TOTAL	41 (3,1%)	24 (1,07%)

Fuente: Encuestas

Al interrogar a los familiares al egreso, después de la intervención ambulatoria, se obtuvo una buena aceptación del método en 1 286 pacientes, para un 98,0% (tabla 5). Solo en 19 ocasiones el familiar manifestó temor a regresar al hogar (1,5%) y en (0,5%) existió temor a la aparición de complicaciones en el domicilio.

Tabla 5. Grado de aceptación del Método

Aceptación	No. Pacientes	%
Buena Aceptación	1286	98,0
Temor a regresar al hogar	19	1,5
Temor a complicaciones	5	0,5
TOTAL	1312	100,0

Fuente: Encuestas.

DISCUSIÓN

El 69,3% de las operaciones electivas realizadas por CMA en el servicio de cirugía pediátrica es comparable al de centros de países desarrollados que realizan este tipo de cirugía (3,4).

El amplio predominio del sexo masculino encontrado en nuestra serie está en relación con la mayor frecuencia en este sexo de las afecciones debidas a la persistencia del conducto peritoneo-vaginal. Este grupo de enfermedades quirúrgicas es operado habitualmente en los primeros cuatro años de la vida (5,6,7), por lo que a su vez, es responsable de que el grupo de 1 a 4 años sea el de mayor número de operados.

Aunque existe una lógica preocupación por la conveniencia o no de intervenir cuando existe una enfermedad general preexistente, en un medio quirúrgico con las condiciones requeridas los resultados deben ser excelentes. El único paciente de nuestro estudio que presentó un broncoespasmo severo como complicación anestésica no se trataba de un niño asmático. Consideramos que la selección cuidadosa de los pacientes es de la mayor importancia en la cirugía de pacientes ambulatorios.

La hernia inguinal es la afección que más frecuentemente requiere tratamiento quirúrgico en la infancia (5,6,7) y ha sido, por su sencillez técnica, breve tiempo quirúrgico y buenos resultados, una de las afecciones que se opera con mayor frecuencia por CMA, tanto en pacientes pediátricos como en adultos (2,3,4,7,8,9,10). La herniorrafia inguinal constituyó el 48,9% de las operaciones en niños de la serie de Cloud (3), similar al 41,5% en nuestra casuística.

El por ciento de complicaciones en nuestros pacientes (3,12%) es comparable al de Mederos Curbelo en CMA de pacientes adultos (11). Con excepción de un paciente,

todas las complicaciones en nuestros operados fueron de carácter leve, lo que denota el riesgo mínimo de la CMA en niños. La emesis fue el trastorno postoperatorio inmediato más común también en otras series (3,12); de igual forma, la sepsis de la herida fue la complicación tardía mas frecuente en este tipo de cirugía, tanto en nuestro trabajo como en los de otros autores (9,13).

Nuestra cifra de pacientes que requirieron hospitalización fue baja y muy similar al 1,6% reportado por Moir (1).

En la actualidad, en muchos países existe una amplia aceptación de la CMA por pacientes y familiares: diversos autores reportan altos por cientos de satisfacción, como Osborne y Rudkin (12) con un 98,9% de aceptación en niños, y Cabrera (14) con un 99,1% en adultos. El 98,0% obtenido por nosotros concuerda con los reportes señalados.

Nuestros resultados nos permiten concluir que la CMA en pacientes pediátricos en nuestro hospital constituyen un método seguro, eficaz y con un alto grado de aceptación en la atención quirúrgica infantil del servicio de cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Moir CR. The emerging pattern of pediatric day - care surgery. *Jour Ped Surg* 1987; 22(8): 743-45.
- 2.- Davis JE. Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria y su desarrollo. *Clin Nort* 1987; 4:685-707.
- 3.- Cloud DT. Cirugía Mayor Ambulatoria del paciente pediátrico. *Clin Quir Nort* 1987; 4:825-38.
- 4.- Cohen A, Keneally, Black A. Experience with day stay surgery. *Jour Ped Surg* 1980; 15:51-5.
- 5.- Rowe MI, Lloyd DA. Inguinal Hernia. En: Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA. Y Rowe MI.eds. *Pediatric Surgery*. 4 ed. Chicago-London: Year Book Medical Publishers, Inc., 1986; Vol 2:779-93.
- 6.- Gross RE. Inguinal Hernia. En: *The Surgery of Infancy and Childhood*. Philadelphia: W.B: Saunders, 1953:472-86.
- 7.- Vázquez Merayo E. Hernia inguinal en la infancia. Análisis de 100 pacientes operados. *Rev Cub Ped* 1990; 5:770-775.
- 8.- Warth, H.. Pain control with paracetamol following inguinal herniorraphy and orchidopexy in childhood. *Anest Int Notfoll Schmerzther* 1994; 29(2):90-5.
- 9.- Toulene C, Aure A, Gutiérrez R. Cirugía General Ambulatoria. *Rev Venez Cir* 1993; 46(1):25-9.

10.- Rodríguez Hernández R, del Río Álvarez J, Cordero Jiménez C, Bermúdez Balado A. Cirugía Mayor Ambulatoria en la Provincia de Ciego de Avila. Años 1986 a 1988. Rev Cub Cir 1992; 31(2):116-23.

11.- Mederos Curbelo O. Cirugía Ambulatoria Mayor en coordinación con el Médico de la Familia. Estudio de 254 enfermos. Rev Med Gen Int 1991; 3(pte1):243-247.

12.- Osborne GA, Rudkin GE. Outcome after day-care surgery in mayor teaching hospital. Anaesth Int Care 1993; 21(6):822-27.

13.- Dazzi C. La Teicoplanina nella profilassi delle infezioni della ferita in Chirurgia Ambulatoriale Maggiore. Ann Ital Chir 1994; 65(1):121-23.

14.- Cabrera Martín R. Cirugía Ambulatoria Mayor. Estado de satisfacción de los pacientes. Parte II Rev Cub Med Gen Int 1991; 3:248-50.

Recibido: 21 de enero de 1997

Aprobado: 14 de noviembre de 1997