

Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria y de corta hospitalización

HOSPITAL GENERAL DOCENTE "JULIO M. ARISTEGUI VILLAMIL" MUNICIPIO
CÁRDENAS

Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria y de corta hospitalización
Behavior of the big ambulatory surgery and of short hospitalization.

AUTORES:

Dra. Cristina Ruesca Domínguez(1)
Dra. Norma Trenzado Rodríguez(2)
Dr. Amaury González Lecusay (3)

- (1) Especialista de 1er Grado en Cirugía General Profesora Instructora de Cirugía General.
- (2) Especialista de 1er Grado en Nutrición e Higiene. Profesora Instructora de Salud Ambiental.
- (3) Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal para conocer el comportamiento de la cirugía mayor aplicada a pacientes ambulatorios y de corta hospitalización en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Julio M. Aristegui Villamil" de Cárdenas, durante el período comprendido entre mayo a noviembre del año 2002, para ello se creó una consulta y se diseñó un modelo de historia clínica donde se recopilaron los datos. Se presentan los resultados de 103 pacientes atendidos. La mayor proporción de casos pertenecía a los grupos de edades de 30-49 años y el 32,1% fueron pacientes geriátricos. Se agruparon por niveles de atención y la hernia inguinal fue la afección más frecuente en el nivel II; el fibroma uterino en el nivel III. El 54,4% de los operados presentó factores de riesgos asociados. La anestesia regional fue la más empleada para un 58,3%. El 6,8% de los intervenidos tuvo complicaciones. El 100% de los pacientes fue seguido por consulta especializada de cirugía y el médico de la familia.

DESCRIPTORES (DeCS):

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN
TIEMPO DE INTERNACIÓN
HUMANO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

La cirugía como ciencia dinámica se encuentra en permanente evolución y los nuevos tiempos han hecho que deban implementarse cambios sustanciales en el sentido de una mejor eficiencia a menores costos. La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) no es una nueva modalidad, de hecho se reconoce como la forma más antigua de la práctica quirúrgica (1), pero con el

desarrollo progresivo de la medicina y la sociedad, ésta fue trasladada a los hospitales, quizás con el propósito de brindar asistencia médica de mayor calidad. Con el decursar de los años se realizaron intentos para popularizar y difundir las ventajas del alta precoz y no fue hasta 1961 que se inicia la era moderna de la cirugía en Estados Unidos, ganando cada vez más terreno por las ventajas que proporciona tanto al paciente como a las instituciones de salud. (2) La CMA incluye operaciones realizadas en pacientes no hospitalizados bajo cualquier tipo de anestesia en los cuales es necesario o recomendable un período de recuperación post operatoria del enfermo que no excede las 24 horas. (1,3- 6) La Cirugía de Corta Hospitalización (CCH) requiere de un período de recuperación post operatoria de 48 a 72 horas. (1, 4)

Entre las ventajas que aporta este tipo de cirugía se encuentran: (1, 3-15)

- La preferencia del paciente, sobre todo de niños y ancianos, porque disminuye la separación del seno familiar.
- Falta de dependencia en la disponibilidad de camas del hospital.
- Disminución de la morbimortalidad.
- Baja incidencia de infecciones.
- Baja incidencia de complicaciones respiratorias.
- Bajo costo.
- Disminución de la lista de espera
- Menor medicación post operatoria.
- Mayor eficacia.

Se ha demostrado que para un determinado número de enfermedades no es necesario tener hospitalizados a los pacientes pues es suficiente con un tiempo mínimo de recuperación y un seguimiento eficiente por parte del médico de la familia y la consulta especializada. La seguridad del paciente no radica si está hospitalizado o es ambulatorio. La seguridad es una actitud y cuando se siguen buenos principios de selección del paciente por el cirujano, con evaluación pre-anestésica no hay motivos para esperar más complicaciones que en pacientes hospitalizados. (2, 11) Realizar este tipo de cirugía no es novedoso, sin embargo, en nuestro hospital aún no se había establecido como una forma sólida de asistencia quirúrgica y se comienza su aplicación, para eliminar una larga lista de espera que se había conformado, en el mes de junio del 2002. Con el objetivo de exponer los resultados obtenidos, se realiza esta investigación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de una muestra de 103 pacientes intervenidos quirúrgicamente por el método de Cirugía Mayor Ambulatoria o de Corta Hospitalización en el Hospital General Docente "Julio M. Aristegui Villamil" de Cárdenas, provincia Matanzas, durante el período comprendido desde junio hasta noviembre del año 2002. El universo de trabajo estuvo constituido por todos los pacientes con patologías quirúrgicas que asistieron a la interconsulta de cirugía en las diferentes áreas de salud y la muestra por todos

los pacientes tributarios de Cirugía Ambulatoria y de Corta hospitalización. Se incluyeron los pacientes clasificados ASA I, II y III estables, según los criterios de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA): ASA I - Paciente sano, ASA II - Paciente con un proceso sistémico leve o moderado, ASA III - Paciente con un proceso sistémico grave que limita su actividad pero no es incapacitante, ASA IV - Paciente con un proceso sistémico incapacitante que es una amenaza constante para la vida y ASA V - Paciente moribundo cuya supervivencia probablemente no supere las 24 horas, con o sin intervención. Los datos se recopilaron en un modelo de Historia Clínica especialmente diseñado para la investigación, creándose la base de datos y su posterior análisis por el programa EPI INFO 6.

RESULTADOS

Se conformaron 8 grupos de edades para 103 pacientes operados por el método de CMA y CCH. El grupo de 30 a 39 años predominó en el sexo femenino y el de 40 a 49 años en el sexo masculino. Es importante reconocer que 33 pacientes fueron geriátricos para un 32,1 %. En relación al sexo, predominó el masculino con 64 pacientes. (Tabla 1)

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

EDAD (AÑOS)	SEXO F	%	SEXO M	%
MENOS DE 20	0	0	3	2,9
20 - 29	6	5,8	2	1,9
30 - 39	12	11,6	4	3,9
40 - 49	7	6,8	16	15,5
50 - 59	6	5,8	14	13,6
60 - 69	4	3,9	14	13,6
70 - 79	3	2,9	8	7,8
80 - 89	1	1,0	3	2,9
TOTAL	39	37,9	64	62,1

En la Tabla 2 se muestra que de las 103 intervenciones quirúrgicas realizadas, 95 fueron por CMA (Nivel II) y 8CCH (Nivel III).

TABLA 2: PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES OPERADAS POR NIVELES DE ATENCIÓN

PATOLOGÍAS	NIVEL II	%	NIVEL III	%
Hernia inguinal	59	57,3		
Otras Hernias	22	21,4	2	1,9
Fibromas Uterinos			3	2,9
Cáncer de mama	4	3,9	1	1,0
Angioma Axilar	1	1,0		
Bocio Multinodular			1	1,0
Hidrosadenitis	1	1,0		
Nódulo de mama	2	1,9		
Nódulo de tiroides	2	1,9		
Planificación Fliar.	3	2,9		
Rectocistocele	1	1,9		
Prolapso Uterino			1	1,0
Total	95	92,2	8	7,7

Las hernias de la pared abdominal constituyeron las afecciones quirúrgicas más frecuentes con 83 pacientes para un 80,6 % cuya mayor representación estuvo dada por las hernias inguinales con un 57,3 %, seguidas del cáncer de mama con 5 pacientes con 4,9 %. (Tabla 2) Dentro de los factores de riesgo asociados, se observó con mayor frecuencia la hipertensión arterial, según se puede apreciar en la Tabla 3.

TABLA 3: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

FACTORES DE RIESGO	No. (N=103)	%
Hipertensión Arterial	32	31,1
Coronariopatías	4	3,9
Asma Bronquial	7	6,8
Diabetes Mellitus	3	2,9
Otros	10	9,7

En cuanto al tipo de anestesia utilizada, la regional fue la más empleada con 60 pacientes para un 58,3 %, seguida de la local con 29 para un 28,2 %.

TABLA 4: TÉCNICA DE ANESTESIA UTILIZADA.

TÉCNICA	No.	%
LOCAL	29	28,2
LOCAL + GET	1	1,0
ESPINAL	14	13,6
PERIDURAL	46	44,7
PERIDURAL + GET	2	1,9
GEV	1	1,0
GET	10	9,7

Se presentaron 7 complicaciones para un 6,8 % y estuvieron encabezadas por la sepsis de la herida con 4 para un 3,9 % (Tabla 5)

TABLA 5: COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

COMPLICACIONES	No.	%
Sepsis de la Herida	4	3,9
Serosa	2	1,9
Hernia inguinal reproducida	1	1,0
TOTAL	7	6,8

DISCUSIÓN

Nuestros resultados, en relación con la edad, coinciden con otros autores (5). La edad no es determinante, pues en todos los grupos es más importante el estado físico y psicológico que la edad cronológica, aunque es cierto que los pacientes de edad avanzada se recuperan más lento, esto no los excluye del método, tal es así, que se aplicó con resultados satisfactorios y se demostró que es factible para estos pacientes independientemente de la edad. (11-15) La supremacía del sexo masculino encontrada es similar a otros estudios y se explica por el mayor número de intervenciones atribuibles a hernias inguinales en varones(2,5). Nuestro servicio agrupa a los pacientes en diferentes niveles de atención acorde con enfermedades, estado físico del paciente y los parámetros de la clasificación de la Sociedad

Americana de Anestesiología en Nivel I (Cirugía Menor), Nivel II (CMA) y Nivel III (CCH). La clasificación según los niveles de atención puede tener variación con otros centros, no obstante, creemos que con nuestros recursos podemos brindar un tratamiento quirúrgico adecuado, seguro y económico. En la literatura médica revisada las hernias inguinales constituyen las causas más frecuentes de intervenciones, coincidiendo con nuestro estudio (1, 2). Al igual que nuestro servicio, diversos investigadores han extendido esta modalidad a enfermedades del tiroides, ginecológicas por que los procedimientos quirúrgicos más complicadas, hoy en día, están tomando una base ambulatoria. Todos los pacientes con enfermedades asociadas estaban controlados ya que fueron valorados en el preoperatorio por el clínico, médico de la familia o por el geriatra los mayores de 60 años y ninguno presentó complicación asociada a su enfermedad de base. Puede decirse que la preferencia del método anestésico se inclina hacia las técnicas regionales y locales con resultados satisfactorios y con poco uso de las generales Aunque el número de complicaciones estuvo por encima de lo publicado en la literatura nacional (1,2,4); estos valores coinciden con los parámetros de la Organización Mundial de la Salud la cual plantea que el rango de complicaciones ha de encontrarse entre 2,5 y 12 % (4). La corta estadía hospitalaria disminuye las complicaciones, al menos estadísticamente y la sepsis es la más frecuente en todas las literaturas revisadas. La edad no demostró influencia sobre las complicaciones o la mortalidad, lo cual coincide con otros trabajos. Concluimos que esta modalidad de atención quirúrgica ofreció mayor dinamismo en el quehacer médico, permitiendo aumentar la productividad quirúrgica por turno de operaciones, contribuyó a dar solución a la lista de espera existente, aumentó la disponibilidad de camas y redujo los costos hospitalarios, por lo que es factible y aplicable en nuestro medio por su impacto científico, económico y social.

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 cuba cir 1999; 38(1): 52-5.
2. Pérez Fouces F, Rodríguez Ramírez R, Puertas Alvarez JF, González Rondón PL. Cirugía Mayor Ambulatoria en el Servicio de Cirugía General. Rev cuba cir 2000; 39 (3): 184-7.
3. Davis JE, Sugiuka K. Selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria: evaluación quirúrgica y anestésica. Clin quirúrg nort 1987; 64 (4): 737-47.
4. Domínguez Lanuza JC, Zamora Santana O, Rodríguez Reyes JF, Cabrera Espinosa JC. Estructura y funcionamiento de un Servicio de Cirugía mayor Ambulatoria y de Corta Hospitalización. Rev cuba cir 1999; 38 (1): 46-51
5. Mederos Curbelo OM, León Chiong LJ, Romero Díaz CA, Mustafá García R, De Quesada L, Torres D. Resultados de la Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo" Rev cuba cir 1999; 38(1): 41-5.
6. Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. Anesth analg 1997; 85;:8(8):65.
7. Pollard JB, Zboray AL, Mazze RI. Economic benefits attributed to opening a preoperative evaluation clinic for outpatients. Anesth analg 1995; 83(4):7
8. Twersky R, Fishman D, Hamel P. What happens after discharge? Return hospital visits after ambulatory surgery. Anesth analg 1997; 84(3):3
9. Mirgus ML, Bodion CA, Bradford CN. Prolonged surgery increases the likelihood of admisión of scheduled ambulatory surgery patients. J clin anesth 1997; 19(4).
10. Rodríguez Rivero A, Valdés Mesa PG, Armas Darías JC, Valdés Leyva. FR. Comportamiento de la Cirugía Mayor Aplicada a Pacientes Ambulatorios. Rev cuba cir 2001; 40 (1): 33-7.

11. Martínez H, Blandi C, Sivoni E, Bazzolo D, Costanzo D. Cirugía Ambulatoria: 5 años de experiencia en una unidad independiente con base hospitalaria. Rev argent cir 2000; 79 (5): 160-73.
12. Arriagada Lasa E, Chiang E, Torrejón N, Yáñez Z, Torres J, Arraigada L. Cirugía Mayor Ambulatoria. Rev chil cir 2000; 52 (6):608-12
13. Jiménez Calvo J, Raigoso Ortega O, Pinos Paul M, Jiménez Arista J, De Pablo Cárdenas A. Cirugía Mayor Ambulatoria: Nuestra Experiencia. Actas urol 2002; 26 (6): 384-91.
14. Moreno Rajadel RE, Díaz González A, Figueroa Hernández A. Cirugía Mayor Ambulatoria en Otorrinolaringología. Rev cuba cir 2000; 39 (1): 10-6.
15. Fuentes Valdés E, Jiménez Paneque R. Riesgo quirúrgico en pacientes mayores de 60 años. Rev cuba cir 2000; 39 (1): 73-81.

SUMMARY

A descriptive research was done to know the behavior of the big surgery done in ambulatory patients and of short hospitalization in the General Surgery Service in the General Hospital Julio M.Aristegui Villamil from Cardenas,durong the period between way to november of 2002,for that it was created a consultation and it was design a model of clinic history where presented.The biggest proportion of the cases belong to group og ages between 30 and 49 years and the 32,1% were geriatric patients.They were growped by level of attention and the inguinal hernia was the most frecuent affection in level II and the uterine fibroma in level III.The 54,4% of the patients had risj factors.The local anesthesia was the most used for a 58;3%.The 6,8% of the operators has complications.One hundred of the patients werw followed by specialized surgery.