

HOSPITAL MILITAR  
“COMANDANTE MANUEL FAJARDO RIVERO”  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN GINECOLOGÍA.

Por:

Dr. Abraham D. Reyes Pérez<sup>1</sup>, Lic. María del Carmen Rodríguez Fernández<sup>2</sup>, Dr. Javier Cruz Rodríguez<sup>3</sup>, Dra. Nancy Carolina Sibrián Cubías<sup>3</sup> y Dr. Humberto Raúl Álvarez Luna<sup>3</sup>

1. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Docente “Comandante Manuel Fajardo Rivero”. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
2. Licenciada en Economía. Profesora de nivel superior rama Economía. Instructora del ISP “Félix Varela”. Santa Clara, VC.
3. Médico General Básico. Policlínico “Capitán Roberto Fleites”. Santa Clara, VC.

**Resumen**

Se realizó un estudio observacional-descriptivo de 1 003 pacientes con afecciones ginecológicas, que fueron operadas por el método de cirugía mayor ambulatoria en el servicio de Cirugía del Hospital Militar Docente Clínico-Quirúrgico “Comandante Manuel Fajardo Rivero” de Santa Clara, entre el 8 de enero de 1999 y el 7 de enero de 2003, con el propósito de determinar la incidencia de la cirugía mayor ambulatoria en Ginecología en cuanto a: evolución de la paciente, indicadores de calidad del centro hospitalario, reducción de los costos, así como su aceptación. El ahorro fue de \$ 765 964,54 en moneda nacional, sin detrimento para la salud de las pacientes intervenidas por este método, de lo que se infiere la necesidad de incrementar esta modalidad en el país, la cual tuvo buena aceptación en el 92,0 % de las encuestadas. Fue valorada la evolución de todas las pacientes durante el postoperatorio por consulta especializada de cirugía y por el médico de la familia.

**Descriptor DeCS:**

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS  
AMBULATORIOS  
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS  
GINECOLOGICOS

**Subject headings:**

AMBULATORY SURGICAL PROCEDURES  
GYNECOLOGIC SURGICAL PROCEDURES

**Introducción**

Cuando se habla de cirugía mayor ambulatoria (CMA) se hace referencia a intervenciones quirúrgicas en pacientes no hospitalizados, sin tener presente el tipo de anestesia utilizada, en la cual es necesario y recomendable un período de recuperación u observación postoperatoria corta del enfermo. Su objetivo primordial es realizar las intervenciones que anteriormente requerían hospitalizar al paciente, sin dicho ingreso, dando el alta hospitalaria en las primeras horas del postoperatorio, con la intención de proporcionar un servicio excelente. Este concepto es diferente al de cirugía de corta estancia 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<sup>1-4</sup>.

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. En los últimos siglos, conforme se desarrollaron los hospitales, casi toda la cirugía se trasladó al medio hospitalario. 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<sup>5,6</sup>.

En 1910, el anesthesiólogo R. M. Walters inauguró su clínica de anestesia en la ciudad de Xionflowa, clínica reconocida como protocolo tipo de la CMA. La era moderna de la cirugía ambulatoria se inicia en 1961, cuando se presentó el primer programa de intervenciones ambulatorias en el Hospital Grand Rapids de Michigan<sup>7</sup>.

Nuestro país, inmerso en el adelanto científico-técnico de la cirugía no ha permanecido ajeno al renovador paso que representa la CMA. En él se instituye el Programa Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria por el Ministerio de Salud Pública en 1988 y en nuestro centro se estableció por el Ministerio de las Fuerzas Armadas Revolucionarias en 1997, y después de siete años de establecido, damos a conocer lo realizado en el período de cuatro años en CMA en Ginecología.

### ***Métodos***

Se realizó un estudio observacional-descriptivo de 1 003 pacientes con afecciones ginecológicas que fueron operadas por el método de cirugía mayor ambulatoria en el servicio de Cirugía del Hospital Militar Docente Clínico-Quirúrgico "Comandante Manuel Fajardo Rivero" de Santa Clara, entre el 8 de enero de 1999 y el 7 de enero de 2003. Esta modalidad incluyó a todas las pacientes que desearon operarse mediante este sistema, las cuales pertenecían a consultorios de la familia, cuyos médicos estaban debidamente informados de la intervención quirúrgica de su paciente, y su afección se encontraba en uno de estos grupos: ovarios, trompas, útero, cuello uterino, mama, vejiga o recto.

Para recoger la información se elaboró una ficha, en la cual se vertieron los datos provenientes del libro de intervenciones quirúrgicas y del de consulta externa, las historias clínicas individuales de las pacientes y la ficha de costo por intervención. La encuesta para conocer la aceptación de la CMA se aplicó a 300 pacientes. Los datos fueron procesados mediante el programa Microsoft Excel.

### ***Resultados***

En nuestro centro se realizaron en el período en estudio un total de 10 208 intervenciones quirúrgicas y, de ellas, 3 669 correspondieron a CMA, por lo que las 1 003 correspondientes a CMA ginecológica representaron el 27,34 % del total de CMA y el 9,83 % del total de intervenciones quirúrgicas. La exéresis de nódulo de mama fue la intervención por CMA que mayor incidencia tuvo (93,94 %), seguida de la salpingectomía (91,55 %). Se realizaron en total 1 432 intervenciones en cirugía mayor ginecológica, por lo que las 1 003 correspondientes a la CMA-ginecológica representaron el 70,04 % (tabla 1).

Tabla 1 Incidencia de las intervenciones ginecológicas mediante cirugía mayor ambulatoria.

| Intervención                  | Intervenciones mediante CMA | Total de intervenciones | CMA (%) |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------|---------|
| Histerectomía total abdominal | 140                         | 350                     | 40,00   |
| Histerectomía vaginal         | 34                          | 70                      | 48,57   |
| Salpingectomía                | 260                         | 284                     | 91,55   |
| Anexectomía                   | 13                          | 26                      | 50,00   |
| Colporrafias                  | 125                         | 185                     | 67,57   |
| Amputación de cuello          | 21                          | 39                      | 53,85   |
| Conización                    | 2                           | 8                       | 25,00   |
| Manchester                    | 9                           | 14                      | 64,29   |
| Legrado diagnóstico           | 282                         | 311                     | 90,68   |
| Marshall-Marchetti-Krantz     | 3                           | 7                       | 42,86   |
| Plicatura de Kelly            | 3                           | 4                       | 75,00   |
| Miomectomía                   | 4                           | 5                       | 80,00   |
| Cuadrantectomía + mastectomía | 14                          | 30                      | 46,67   |
| Exéresis de nódulo de mama    | 93                          | 99                      | 93,94   |
| TOTAL                         | 1003                        | 1432                    | 70,04   |

Fuente: Libro de intervenciones quirúrgicas.  
CMA: Cirugía mayor ambulatoria.

Los indicadores de calidad empleados en este estudio se muestran en la tabla 2 y se definen como: las pacientes programadas para operarse mediante CMA que tuvieron que ser ingresadas en el hospital por complicaciones, por mala selección de la paciente o del procedimiento (tasa de ingreso); las pacientes intervenidas por CMA que una vez dadas de alta fueron ingresadas por alguna complicación (tasa de reingreso); el porcentaje de pacientes que acudieron a consulta con alguna complicación después de la intervención (tasa de complicaciones informadas en consulta), y el porcentaje de pacientes cuya intervención programada fue suspendida por cualquier causa (tasa de cancelación quirúrgica).

Tabla 2 Indicadores de calidad en la cirugía mayor ambulatoria ginecológica.

| Indicador de calidad                                         | Tasa (%) |
|--------------------------------------------------------------|----------|
| Tasa de ingresos <sup>(A)</sup>                              | 0,0      |
| Tasa de reingresos <sup>(B)</sup>                            | 0,1      |
| Tasa de complicaciones informadas en consulta <sup>(C)</sup> | 4,9      |
| Tasa de cancelación quirúrgica <sup>(D)</sup>                | 0,0      |

Fuentes: Libro de intervenciones quirúrgicas, libro de consulta externa e historias clínicas individuales.

(A) Se calcula:  $(\text{Número de pacientes ingresadas} / \text{Número de pacientes intervenidas por CMA}) \times 100$ .

(B) Se calcula:  $(\text{Número de pacientes reingresadas} / \text{Número de pacientes intervenidas por CMA}) \times 100$ .

(C) Se calcula:  $(\text{Número de pacientes con complicación en consulta} / \text{Número de pacientes intervenidas por CMA}) \times 100$ .

(D) Se calcula:  $(\text{Número de intervenciones por CMA suspendidas} / \text{Total de intervenciones por CMA programadas}) \times 100$ .

Las complicaciones que se presentaron en las pacientes intervenidas por CMA se muestran en la tabla 3, donde se puede observar la baja incidencia de estas.

Tabla 3 Complicaciones que se presentaron en la cirugía mayor ambulatoria ginecológica.

| Complicaciones         | Cantidad | Motivaron reingreso |
|------------------------|----------|---------------------|
| Disuria                | 30       | 0                   |
| Seroma de la herida    | 5        | 0                   |
| Granuloma de la herida | 7        | 0                   |
| Hematoma de la herida  | 4        | 0                   |
| Granuloma de la cúpula | 3        | 0                   |
| Íleo parálítico        | 1        | 1                   |
| TOTAL                  | 50       | 1                   |

Fuentes: Libro de consulta externa e historias clínicas individuales.

En la tabla 4 se muestra el ahorro que produce la aplicación de la CMA-ginecológica. El costo de una paciente en el servicio de cirugía por día de estadía hospitalaria es de \$119,20. Si se hubiesen realizado las 1432 intervenciones de CM-ginecológica con ingreso hospitalario, se hubiese producido un gasto de \$ 828 563,56, pero como el 70,04 % de las operaciones se realizó de forma ambulatoria, se logró un ahorro de \$ 765 964,54 que representó una reducción de los costos en un 92,44 %.

Tabla 4 Determinación de la reducción de los costos mediante la cirugía mayor ambulatoria ginecológica.

| Intervención                  | Estadía (días) | Costo por CMA | Costo (CM) no ambulatoria | Ahorro por intervención | Ahorro total |
|-------------------------------|----------------|---------------|---------------------------|-------------------------|--------------|
| Histerectomía total abdominal | 6              | 118,04        | 833,24                    | 715,20                  | 275108,40    |
| Histerectomía vaginal         | 5              | 80,57         | 676,57                    | 596,00                  | 44620,52     |
| Salpingectomía                | 3              | 64,30         | 421,90                    | 357,60                  | 103101,60    |
| Anexectomía                   | 6              | 68,46         | 783,66                    | 715,20                  | 19485,18     |
| Colporrafias                  | 4              | 52,38         | 529,18                    | 476,80                  | 91350,80     |
| Amputación de cuello          | 6              | 63,99         | 779,19                    | 715,20                  | 29044,62     |
| Conización                    | 5              | 63,99         | 659,99                    | 596,00                  | 5151,94      |
| Manchester                    | 4              | 84,40         | 561,20                    | 476,80                  | 7097,20      |
| Legrado diagnóstico           | 3              | 44,37         | 401,97                    | 357,60                  | 112500,33    |
| Marshall- Marchetti-Krantz    | 5              | 68,41         | 664,41                    | 596,00                  | 4445,64      |
| Plicatura de Kelly            | 3              | 60,92         | 418,52                    | 357,60                  | 1491,32      |
| Miomectomía                   | 4              | 73,67         | 550,47                    | 476,80                  | 2457,67      |
| Cuadrantectomía + mastectomía | 6              | 80,02         | 795,22                    | 715,20                  | 22736,32     |
| Exéresis de nódulo de mama    | 4              | 28,30         | 505,10                    | 476,80                  | 47373,00     |
| TOTAL                         | -              | -             | -                         | 7628,80                 | 765964,54    |

Fuentes: Departamento de contabilidad e historias clínicas.

CM: Cirugía mayor.

CMA: Cirugía mayor ambulatoria.

En la encuesta de satisfacción practicada a 300 pacientes al alta definitiva, se halló que 276 (92,0%) catalogaron como bueno el método, 22 (7,3 %) lo consideraron regular y para 2 (0,7 %) fue malo. El seguimiento fue valorado como bueno por 282 (94,0 %), regular por 17 (5,7 %) y malo por 1 (0,3 %).

## **Discusión**

La relación costo-efectividad de la CMA es reconocida internacionalmente. En la década de 1990 las intervenciones realizadas por esta modalidad en EE.UU. representaban el 60-70 % de la totalidad de las operaciones realizadas, pero el número en otras partes del mundo es menor<sup>8,9</sup>.

Con el perfeccionamiento de la atención primaria de salud, el aumento de la confianza de los cirujanos en la CMA, los beneficios que recibieron los pacientes y las ventajas económicas que brinda el método al país, se produjo un incremento en la cantidad de pacientes intervenidos por este procedimiento, lo que ha sido también señalado por otros autores<sup>2,3</sup>.

Hubo una disminución importante en los costos hospitalarios, sin afectar al paciente, así como la eliminación de la lista de espera; este mismo ahorro ha sido informado en otras investigaciones<sup>3,10,11</sup>.

En el presente estudio solo se encontraron 50 pacientes con complicaciones, lo que representó el 5,0 % aproximadamente. Según la Organización Mundial de la Salud, el rango de complicaciones ha de encontrarse entre 2,5 y 12 %<sup>6</sup>; además, consideramos que este aspecto fue propiciado por el riguroso cumplimiento de las medidas de asepsia, antisepsia, hemostasia y técnicas quirúrgicas.

A nivel mundial, solo un 3,4 % de los pacientes intervenidos por CMA requieren ser hospitalizados por presentar complicaciones<sup>12</sup>, aunque la incidencia de ingresos no esperados oscila entre 0,09 y 16%, lo que depende de la complejidad de los procedimientos quirúrgicos que se practican<sup>1</sup>. En este estudio solo una paciente (0,1 %) requirió reingreso.

Si tenemos en cuenta que internacionalmente se considera óptimo que se realice el 30 % de las intervenciones programadas mediante CMA<sup>3</sup>, resulta meritorio que en la CMA ginecológica que se practicó en nuestro hospital no haya ocurrido cancelación quirúrgica.

En el mundo existe actualmente una amplia aceptación de la CMA; han sido informados altos porcentajes de satisfacción, como 95,6 % por algunos autores<sup>6</sup>, y llega a alcanzar hasta el 99,6%, según otros<sup>11</sup>.

La aplicación de este método de intervención quirúrgica ha demostrado ser necesario y factible por los beneficios sociales que ofrece; por esta razón afirmamos que su uso se incrementará en todo el país, pues el seguimiento de estos pacientes se encuentra respaldado por una sólida atención en el nivel primario de salud.

## **Summary**

A descriptive-observational study was performed with 1 003 patients suffering from gynecological disorders and operated on using the ambulatory major surgery procedure in the surgery service of the Military Teaching Clinico-Surgical Hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero" of Santa Clara during January 8<sup>th</sup>, 1999 to January 7<sup>th</sup>, 2003 to determine ambulatory major surgery incidence regarding patient course, quality indicators of the hospital facility, cost reduction, as well as its acceptance. There was a saving of \$ 765 964 in national money with no negative effects on the health of patients surgically treated with this method. Thus, this procedure should be widely used in the country; it was accepted by 92,0 % of the interviewed patients. The course of all the patients was assessed during the postoperative period in the specialized surgery office and by the family doctor.

## **Referencias bibliográficas**

1. Ferreras Valenti P, Rozman C. Tratado de medicina interna [CD-ROM]. Madrid: Harcourt; 2000.
2. Martínez Ramos G, Torres Fraguera S, González Delis R, Garrido Lena LI. Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria. Estudio de 5 años. Rev Cubana Cir [serie en Internet]. 2003 [citado 10 Jun 2005];42(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol42\\_4\\_03/cir05403.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol42_4_03/cir05403.htm)

3. Carrasco L. La aportación de la unidad de cirugía mayor ambulatoria en el servicio de cirugía general de un hospital de segundo nivel. *Cir Mayor Ambulatoria*. 1999;4(3):480-3.
4. Martínez Ramos G, Torres Fragueta S, González Delis R, Garrido Lena LI, Betancourt Cervantes J. Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria. Estudio de seis años. *Medicentro Electrónica [serie en Internet]*. 2004 [citado 10 Jun 2005];8(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en:  
<http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v8n104/cirugiamayor70.htm>
5. Marín J. La cirugía mayor ambulatoria en el año 2000. *Cir Mayor Ambulatoria*. 2000;5(1):9-10.
6. 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):52-6.
7. 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.
8. Rawal N. Analgesia en CMA. *Br J Anaesth*. 2001;87:73-87.
9. Kremer C, Duffy S, Moroney M. Patient satisfaction with outpatient hysteroscopy versus day case hysteroscopy: randomized controlled trial. *BMJ* 2000;29:320(7230):279-82.
10. Ferrer Pérez A, Torres Fragueta S, Ramírez Álvarez R, González Delis R, Cabrera Dreque C, Reyes Pérez A, et al. Perioperatorio de la cirugía mayor ambulatoria. Estrategia de calidad. *Medicentro Electrónica [serie en Internet]*. 2002 [citado 10 Jun 2005];6(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en:  
<http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v6n102/perio.htm>
11. Rodríguez A, Valdés PG, Armas JC, Valdés FR. Comportamiento de la cirugía mayor aplicada a pacientes ambulatorios. *Rev Cubana Cir*. 2001;40(1):33-7.
12. Múgica Jon. V Congreso Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria [artículo en Internet]. 2001 [citado 7 Oct 2004];[aprox. 7 p.]. Disponible en:  
[http://diariomedicovd.recoletos.es/edicion/componentes/noticia/VersionImprimirDM\\_cmp/0,3237,63473,00.html](http://diariomedicovd.recoletos.es/edicion/componentes/noticia/VersionImprimirDM_cmp/0,3237,63473,00.html)