

HOSPITAL MILITAR CLÍNICO-QUIRÚRGICO DOCENTE
“CMDTE. MANUEL FAJARDO RIVERO”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMPORTAMIENTO DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. ESTUDIO DE
SEIS AÑOS.

Por:

Dr. Gilberto Martínez Ramos¹, Dr. Salvador Torres Fraguera², Dr. Remberto González Delis³,
Dra. Lilia Isabel Garrido Lena⁴ y Dr. Julio Betancourt Cervantes⁵

1. Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación.
3. Especialista de I Grado en Cirugía General.
4. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructora. ISCM-VC.
5. Especialista de II Grado en Cirugía General. Instructor. ISCM-VC.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de 2 847 pacientes operados 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, durante el período comprendido desde enero de 1997 hasta diciembre de 2002, con el propósito de demostrar las ventajas de este método para el paciente y para la institución. Los pacientes operados de hernias inguinales, epigástricas y umbilicales fueron los que predominaron. También fueron tratados por este método pacientes con litiasis vesicular, fibromiomas uterinos, maternidad satisfecha, nódulos de mamas, ginecomastias y hemorroides. Del total de los pacientes, la mayor cantidad pertenecía al sexo femenino, y en cuanto a la edad, los grupos comprendidos entre 20 y 49 años fueron los que más se beneficiaron con este método. Los tipos de anestesia que fueron utilizados con preferencia en estos pacientes fueron la regional y la general endotraqueal.

Descriptores DeCS:

ANALGESIA QUIRURGICA ACUPUNTURAL
ATENCION PRIMARIA DE SALUD
ATENCION SECUNDARIA DE SALUD
CIRUGIA MAYOR ELECTIVA

Subject headings:

ACUPUNCTURAL SURGICAL ANALGESIA
PRIMARY HEALTH CARE
SECONDARY HEALTH CARE
SURGERY MAYOR ELECTIVE

Introducción

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) se refiere a las intervenciones quirúrgicas en pacientes no hospitalizados que pueden recibir cualquier tipo de anestesia, en la cual es necesario y recomendable un período de recuperación u observación postoperatoria corta del enfermo¹.

La era moderna de la cirugía ambulatoria se inició en los Estados Unidos en 1961, cuando se presentó el primer programa de intervención ambulatoria en el Hospital Grand Rapids the Michigan².

La cirugía ambulatoria ofrece al paciente una atención quirúrgica adecuada, disminuye los efectos emocionales en el seno familiar, y posibilita las siguientes ventajas:

- Altera sólo en grado mínimo el modo de vida del paciente.
- El enfermo recibe una atención más individual.
- La ansiedad del paciente se atenúa.
- Los costos se reducen.
- Hay menor riesgo de infección hospitalaria.
- Existe una menor incapacidad y la recuperación es más rápida.
- El médico de familia conserva el control sobre el paciente

Como desventajas, se pueden presentar:

- Que el paciente no siga las instrucciones postoperatorias.
- Que el enfermo no tenga facilidad para conseguir transporte.
- Que el paciente no disponga de personal competente para atenderlo en su casa.

Por las ventajas que demuestra este método de atención al paciente operado, al lograr una interrelación entre la atención secundaria y primaria, así como la disminución de los niveles de infección y la reducción de los costos hospitalarios, es por lo que decidimos divulgar los resultados de este estudio.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de 2 847 pacientes operados por el método de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en el servicio de cirugía del Hospital Militar Docente Clínico Quirúrgico "Comandante Manuel Fajardo Rivero" de Santa Clara, durante el período comprendido entre enero de 1997 hasta diciembre de 2002.

Los datos primarios se vaciaron en planillas confeccionadas al efecto, y fueron procesados mediante el sistema Microsoft Excel.

Resultados

Se realizó el estudio de 2 847 pacientes operados mediante CMA durante seis años, lo que significó 52,4% de la cirugía mayor electiva (CME).

En la figura observamos que existe una tendencia creciente a ampliar este método, lo que demuestra que en el año 1997 se realizó el 11,29 % y ascendió de manera progresiva hasta el 2001 con 961 pacientes intervenidos de manera ambulatoria (85,95 %) y en el 2002 fueron operados 662 pacientes (73,14 %).

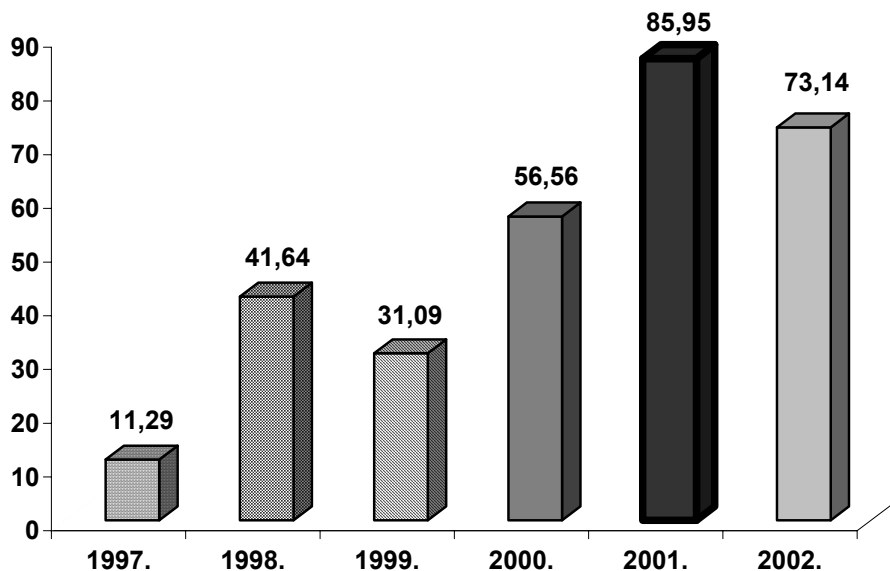


Figura Cirugía mayor ambulatoria de la cirugía mayor electiva.
Fuente: Departamento de archivo y estadística.

La enfermedad más frecuente que motivó la intervención quirúrgica fue la hernia inguinal con 643 pacientes (22,58 %), seguida de la litiasis vesicular con 412 enfermos (14,47 %) y el fibroma uterino con 217 (7,62 %) (tabla 1).

Tabla 1 Pacientes operados según enfermedad quirúrgica.

Enfermedades	Nº	%
Hernias inguinales	643	22,58
Litiasis vesicular.	412	14,47
Fibromiomas uterinos	217	7,62
Hernias umbilicales	213	7,48
Maternidad satisfecha	157	5,51
Nódulos de mama	147	5,16
Ginecomastias	111	3,89
Hernias epigástricas	104	3,65
Hemorroides	95	3,33
Otras	748	26,27
TOTAL	2847	100,0

Fuente: Departamento de archivo y estadística.

En la tabla 2 se observa que la herniorrafia inguinal se realizó en 643 pacientes, lo que significó 22,59 %, seguido de la colecistectomía videolaparoscópica (CVL) en 412 pacientes para 14,48 %, y legrado diagnóstico motivado por diferentes enfermedades ginecológicas en 387 pacientes (13,6 %). Existió predominio del sexo femenino (55,2 %) sobre el masculino (44,83 %).

Tabla 2 Operaciones realizadas según enfermedades quirúrgicas.

Operaciones realizadas	Nº	%
Herniorrafia inguinal	643	22,59
Colecistectomía VDL	412	14,48
Legrado diagnóstico	387	13,60
Herniorrafia umbilical	213	7,48
Sección trompas y ligadura	157	5,51
Exéresis y biopsia n. mama	147	5,16
Mastectomía subcutánea	111	3,89
Herniorrafia epigástrica	104	3,65
Hemorroidectomía	95	3,33
Otras	578	20,31
TOTAL	2847	100,0

Fuente: Departamento de archivo y estadística.

VDL: Videolaparoscópica.

n.mama: nódulo de mama.

Fueron los pacientes en las edades comprendidas entre 40 y 49 años (23,25 %), de 30 a 39 años (21,74 %) y de 20 a 29 años (20,12 %) los que más recibieron este método quirúrgico (tabla 3) .La tabla 4 muestra que la anestesia más empleada fue la espinal hiperbárica en 790 pacientes (27,75 %), seguida de la general endotraqueal, con 700 pacientes (24,59 %).

Tabla 3 Distribución por grupos de edades.

Grupos etáreos	No.	%
15-19	277	9,72
20-29	573	20,12
30-39	619	21,74
40-49	662	23,25
50-59	472	16,57
Más de 60	244	8,57
TOTAL	2847	100,00

Fuente: Departamento de archivo y estadística.

Tabla 4 Tipo de anestesia empleada.

Tipo de anestesia	No.	%
Espinal	790	27,75
General endotraqueal	700	24,59
AQA	540	18,96
Local	446	15,66
General endovenosa	371	13,04
TOTAL	2847	100,0

Fuente: Departamento de archivo y estadística.

AQA: Analgesia quirúrgica acupuntural.

Se determinó que el costo por paciente, con menos de 24 horas de estancia en sala, fue de \$ 53,22, contra \$ 282,60 por paciente hospitalizado, con estadía promedio de cinco días. De los 2 847 pacientes operados por CMA, 1 270 requirieron hasta 23 horas de estancia, por lo que el costo ascendió a \$ 67

589,40. Si estos 1 270 pacientes hubiesen permanecido ingresados cinco días, que fue el promedio de estadía, el costo hubiese ascendido a \$ 385 902,00. Esto demuestra que hubo una disminución de 82,48 % que representa un ahorro de \$ 318 312,30.

Discusión

A medida que se fue perfeccionando el subsistema de atención primaria de salud, y con el aumento de la confianza de los cirujanos en la CMA, los beneficios que recibieron los pacientes y la mejoría de la situación económica del país, se produjo un incremento en los pacientes intervenidos por este procedimiento, que también ha sido señalado por otros autores^{3,4}.

La hernia inguinal, con 643 pacientes, unido a la hernia umbilical y a la hernia epigástrica, fueron las afecciones más frecuentes tratadas con este método, lo que coincide con otros autores^{5,6} que señalan estas mismas causas como las más frecuentes; aunque en los últimos tiempos, con la introducción de la tecnología avanzada como es la CVL, va aumentando el tratamiento de enfermedades, como la litiasis vesicular⁷⁻⁹.

Las operaciones más frecuentes fueron en general las herniorrafias, que representaron 33,72 % de todas las intervenciones quirúrgicas, similar a lo descrito por otros autores y en correspondencia con la enfermedad más frecuente^{4,5}.

En nuestra serie el sexo femenino fue el más afectado, con un 59,98 %; la explicación de este comportamiento se debe al aumento cada vez mayor de pacientes con afecciones, como litiasis vesicular, fibromiomas uterinos, nódulos de mamas, metropatías hemorrágicas y rectocistocele, así como la solicitud de la salpingectomía parcial y ligadura como método anticonceptivo. Esto no coincide con otros autores^{10,11}, que señalan predominio del sexo masculino.

Los grupos de edades de 20 a 49 años fueron los más frecuentes, lo que coincide con lo publicado por otros autores^{6,10}, y observamos que durante el último año hubo un incremento de pacientes mayores de 60 años que se beneficiaron con este método.

Las tendencias fueron las de utilizar preferiblemente la anestesia regional y la general endotraqueal en el 52,34 % de los pacientes. Este mismo comportamiento difiere del señalado por el doctor Pérez Fauces¹⁰, y coincide con el tipo de intervención realizada.

Hubo una disminución importante en los costos hospitalarios, sin afectar al paciente, así como la eliminación de la lista de espera. Este mismo ahorro es señalado por autores, como Mederos^{1,3}, Carrasco⁴, Rodríguez¹¹ y Ferrer¹².

Consideramos que este método de intervención quirúrgica ha demostrado en nuestro medio ser factible y viable desde el punto de vista médico y social, por lo que el por ciento de pacientes operados debe incrementarse, así como la complejidad de las intervenciones quirúrgicas, ya que contamos con un nivel de atención primaria que cada día eleva más su nivel científico y humanista.

Summary

A descriptive study, longitudinal and retrospective, was carried out with 2 847 patients operated using the method of ambulatory major study at the Surgery service of Clinical-surgical teaching Military Hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero" in Santa Clara. It lasted from January 1997 to December 2002, and was aimed at demonstrating the advantages of this method for both then patient and the institution. There was a prevalence of patients operated on inguinal, epigastric and umbilical hernias. Patients with vesicular lithiasis, uterine fibromyomas, satisfied maternity, breast nodes, gynecomastias and hemorrhoids were also treated with this method. Most of the patients were females. Benefits were great, especially for those between 20 and 49 years. Regional and endotracheal general were the types of anaesthesia used with preference by these patients.

Referencias bibliográficas

1. Mederos Curbelo ON, León Chion L, Romero Díaz C, Mustafa García R, de Quesada L, Torres Hernández D. Resultados de la cirugía mayor ambulatoria en el hospital clínico-quirúrgico docente "Comandante Manuel Fajardo". Rev Cubana Cir 1999;38(1):41-5.
2. Davis JE, Sugioka K. Selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria: evaluaciones quirúrgicas y anestésicas. Clin Quir Norteam 1987;4:737-48.
3. Mederos ON, Pargas A, Ruiz BJ, Gutiérrez RA, Peraza SE, del Castillo AG. Cirugía ambulatoria mayor en coordinación con el médico de la familia. Estudio de 254 enfermos. Rev Cubana Med Gen Integr 1991;7(3):243-7.
4. Carrasco L, Flores B, Aguayo JL, de Andrés B, Moreno Egea A, Cartagena J, et al. Aportación de la unidad de cirugía mayor ambulatoria en el servicio de cirugía general de un hospital de segundo nivel. Cir Mayor Ambulat 1999;4(3):480-3 .
5. Domínguez JC, Zamora O, Rodríguez JF, Cabrera JC. Estructura y funcionamiento de un servicio de cirugía mayor ambulatoria y de corta hospitalización. Rev Cubana Cir 1999;38(1): 46-51.
6. Fatas JA, Blanco FJ, Ara JR, Dobon MA. Criterios para la realización de colecistectomía laparoscópica dentro de un programa de cirugía mayor ambulatoria. Cir Mayor Ambulat 2000;5(1):25-8.
7. Domínguez JC, Zamora O, Rodríguez JF, Rodríguez ME. Cirugía general mayor ambulatoria y de corta hospitalización: experiencia de 5 años. Rev Cubana Cir 1999;38(1):52-6.
8. Jensen BN, Larsen JF, Nielsen FB. Laparoscopic cholecystectomy as a same-day surgical procedure. Ugeskr Laeger 2000;161(43):2-12.
9. Romero García M, Quintana Marrero J, Robles Jacomino A, Reyes Balsiros E. Cirugía mayor ambulatoria. Un método con perspectivas. Rev Cubana Cir 1999;38(3):156-60.
10. Pérez Fauces F, Rodríguez Ramírez R, Puertas Álvarez JF, González Rondón P. Cirugía mayor ambulatoria en el servicio de cirugía general. Rev Cubana Cir 2000;39(3):184-7.
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. Ferrer Pérez A, Torres Fragueta S, Ramírez Álvarez R, González Delís R, Cabrera Dreque C, Reyes Pérez A, et al. Perioperatorio de la cirugía mayor ambulatoria. Estrategia de calidad. Medicentro 2002;6(1). URL disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v6n102/perio.htm>