

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"Dr. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## COMUNICACIÓN

### IMPACTO ECONÓMICO DE LA INCORPORACIÓN DE LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO A LA CIRUGÍA AMBULATORIA.

Por:

Dr. Juan Miguel Chala Tandrón<sup>1</sup>, Dra. Liset Jiménez Fernández<sup>2</sup> y Dra. Elsie Margarita Tandrón Benítez<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau" Santa Clara, Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Juan B. Contreras. Ranchuelo, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Histología. Universidad Central "Marta Abreu" Santa Clara, Villa Clara.

**Descriptor DeCS:**

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS  
AMBULATORIOS/economía

**Subject headings:**

AMBULATORY SURGICAL  
PROCEDURES/economics

La anestesia y la intervención quirúrgica para el paciente en la modalidad ambulatoria disminuyen los costos médicos, protegen a los pacientes de infecciones adquiridas en el hospital y evitan la ruptura de la unidad familiar<sup>1,2</sup>.

La operación ambulatoria es aquella que se practica en pacientes externos, con una duración no mayor de los 90 minutos; en ella no se esperan complicaciones anestésicas ni quirúrgicas, principalmente las de tipo hemorrágico, y no necesita vigilancia especializada en el período postoperatorio<sup>2,3</sup>.

La anestesia practicada en intervenciones de tipo ambulatorio es la que permite una operación simple y breve en el tiempo, sin que los pacientes sufran dolor, ni tengan complicaciones derivadas de las drogas o métodos usados. Debe realizarse en un hospital, en sitios donde existan los recursos físicos y humanos apropiados para administrarla. No requiere de vigilancia estrecha en el postoperatorio y puede ser por infiltración local, locorregional, general inhalatoria, general endovenosa, espinal y general balanceada. Los agentes que se usan en ella se caracterizan por su latencia corta y duración breve. El período de recuperación deberá efectuarse en poco tiempo, con un máximo de tres a cuatro horas<sup>1</sup>.

Una de las acciones fundamentales del anestesiólogo durante la valoración preoperatoria es la determinación del estado físico de los pacientes. Para esto, en nuestra institución se emplea la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) que presentamos a continuación<sup>3</sup>:

- ASA I: paciente sano.
- ASA II: paciente con enfermedad sistémica leve (diabetes mellitus, HTA controlada, anemia, bronquitis crónica, obesidad).

- ASA III: paciente con enfermedad sistémica grave que limita su actividad (angina de pecho, infarto cardíaco previo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- ASA IV: paciente con enfermedad incapacitante que es una amenaza constante para la vida (insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal).
- ASA V: paciente moribundo, del cual no se espera que sobreviva más de 24 horas (aneurisma aórtico roto, trauma craneoencefálico severo, trombosis mesentérica).

Al realizar la revisión de la bibliografía internacional, la mayoría de los textos considera apropiado para este tipo de operación sólo los pacientes ASA I y II<sup>1,3-5</sup>, pero en nuestra unidad aceptamos una parte de los clasificados como ASA III. Para llevar a cabo lo anterior consideramos varios aspectos:

- El envejecimiento creciente de la población que requiere tratamiento quirúrgico.
- Con el programa del médico y la enfermera de la familia y la proyección comunitaria de los especialistas del segundo nivel de atención médica, se ha producido un incremento en el diagnóstico, tratamiento, dispensarización y control de una serie de entidades, fundamentalmente cardiovasculares (sobre todo cardiopatía isquémica y problemas valvulares), nunca antes visto en nuestro medio.
- El control de la enfermedad de base se realiza entonces de manera ambulatoria, al igual que la valoración preparatoria.
- Se dispone a escala comunitaria de un Sistema Integrado de Urgencias Médicas capaz de realizar un diagnóstico precoz, estabilizar al paciente y trasladarlo al centro más apropiado, de ser necesario.

Antiguamente estos pacientes eran ingresados en las salas de sus especialidades durante el perioperatorio, con un promedio de tres días de estadía, según el consenso de la mayoría de los especialistas; en estos momentos se estudia y compensa al paciente en el área de salud, y la operación se lleva a cabo de manera ambulatoria. Esta estrategia ha permitido disminuir los costos hospitalarios, la incidencia de sepsis nosocomiales, e incrementar la satisfacción de pacientes y acompañantes por la atención recibida, a la vez que devuelve precozmente al paciente a su entorno familiar, lo cual es muy importante, fundamentalmente para el anciano, en los cuales se ha logrado disminuir la desorientación consecutiva al ingreso hospitalario.

Las enfermedades cardiovasculares fueron los diagnósticos más frecuentes, seguidos por la EPOC. El 12,04 % presentaba más de una enfermedad de base. El motivo fundamental de la intervención quirúrgica fueron las hernias, mientras que el mayor número de pacientes fue intervenido mediante la anestesia espinal, lo cual se encuentra en correspondencia con la alta tasa de hernias y procedimientos colorrectales realizados. Hay que destacar que el 100 % de las cataratas seniles fueron operadas con analgesia acupuntural.

En total, se ha ahorrado a la economía nacional \$ 96 178,69 fundamentalmente por concepto de disminución de la estadía hospitalaria en 623 pacientes (\$ 154,38 como promedio), lo cual nos llena de satisfacción y nos compromete a luchar cada día más por cumplir con la resolución económica del V Congreso del PCC.

### ***Referencias bibliográficas***

1. White DR. Anestesia para cirugía ambulatoria. En: Millar RD. Anestesia. 4<sup>a</sup> ed. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 2467-95.
2. Pino R. Anestesia ambulatoria. En: Procedimientos de anestesia clínica del Massachusetts General Hospital Harvard Medical School. 5<sup>a</sup> ed. Madrid: Marban Libros; 2000. p. 639-60.
3. Álvarez E, González M. Anestesia en el paciente coronario sometido a cirugía no cardíaca. En: Muñoz A. Manual de anestesiología y reanimación. 2<sup>a</sup> ed. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas; 1999. p. 565-90.
4. Barash G, Cullen F, Stoeling K. Ambulatory anesthesia. En: Smithk JB. Handbook of clinical anesthesia. 3<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Lippincott; 1997. p. 849-76.
5. Jaque J. Anestesia para procedimientos de corta estadía. En: Muñoz A. Manual de anestesiología y reanimación. 2<sup>a</sup> ed. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas; 1999. p. 215-34.