

Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en el estado Delta Amacuro, VENEZUELA

Dr. Osvaldo Barrios Viera¹, Lic. Judith Cabrera González²

1. Especialista de I grado en Cirugía General. Profesor Asistente.
2. Licenciada en Enfermería. Residente de 3er año de Fisiología Normal y Patológica. Profesora Asistente.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo con el propósito de aplicar la cirugía mayor ambulatoria en el servicio de Cirugía General del Centro de Diagnóstico Integral "Raúl Maza Mérida", municipio Tucupita, estado Delta Amacuro, en la República Bolivariana de Venezuela durante el período comprendido desde octubre de 2006 hasta julio de 2007. Fueron intervenidos quirúrgicamente 66 pacientes de forma ambulatoria. Las afecciones de mayor incidencia fueron las hernias umbilicales (39.39%) e inguinales (37.87%). También fueron tratados por este método pacientes con varicocele, hidrocele, hernia incisional, hernia epigástrica, nódulos de mamas, ginecomastias y quistes del cordón espermático. Predominó el sexo masculino con el 77.27%, y en cuanto a la edad, los mayores de 55 años fueron los que más se beneficiaron con este método. Las complicaciones postoperatorias se presentaron en el 6.06% de los pacientes operados. La permanencia postoperatoria promedio de los enfermos en nuestro centro fue de 2.5 horas. El método anestésico que más se utilizó fue el local (48.48%). El grado de aceptación, del método empleado, fue elevado (95.45%) y en el 98.48% de los pacientes la recuperación fue inmediata. Todo ello sin detrimento de la calidad asistencial.

Descriptores DeCS: **PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS; CIRUGÍA**

INTRODUCCIÓN

La cirugía de paciente ambulatorio es en realidad la forma más antigua de cirugía que conocemos; el ser humano aprendió a operar a sus semejantes, mucho antes de saber escribir o dejar registro de sus operaciones y esto aconteció antes de que existieran los hospitales como instituciones importantes en nuestra sociedad ¹.

A modo definitorio, la cirugía ambulatoria, es un sistema de atención al paciente que abarca un gran número de procedimientos y técnicas quirúrgicas que no lo invalidan en alguna de sus funciones vitales, con rápida recuperación anestésica y cuya alta se produce el mismo día de la intervención ¹.

Se ha comprobado que esta práctica es segura por completo, si se lleva a cabo con seriedad y bajo controles estrictos por parte del cirujano y el anesthesiólogo ². Los criterios de selección de los pacientes se basan en la historia anestésica de éste, su estado de salud y una técnica quirúrgica depurada ³. Existen en la actualidad países que realizan casi el 40 % de la cirugía mayor de forma ambulatoria con períodos de observación de menos de 24 horas ⁴.

En Cuba, la práctica de la cirugía mayor ambulatoria se ha generalizado, al tener como experiencia previa el alta precoz. En los últimos años, la cirugía mayor ambulatoria ha despertado un interés creciente como alternativa a la hospitalización para la realización de determinados procedimientos diagnósticos y quirúrgicos.

Los cambios en la práctica médica (p. ej., la recomendación de la deambulación precoz después de la cirugía) y las innovaciones técnicas en el campo de la anestesia, el control del dolor y la técnica quirúrgica han posibilitado el auge de la cirugía mayor ambulatoria ^{5,6}.

Por otro lado, la necesidad de aumentar la eficiencia del sector de la salud y la existencia de listas de espera para determinadas intervenciones quirúrgicas han favorecido este interés ⁶.

Realizar este tipo de cirugía no es novedoso; sin embargo, en el estado Delta Amacuro aún no se ha establecido como una forma sólida de asistencia quirúrgica, a pesar de existir las posibilidades materiales para su desarrollo. Teniendo en cuenta, lo expuesto anteriormente, los autores consideran que existe la necesidad de evaluar el impacto de la cirugía mayor ambulatoria en el estado Delta Amacuro, mediante el comportamiento de variables tales como: número de pacientes intervenidos, sexo, edad, enfermedades más frecuentes, tipo de anestesia empleada, complicaciones quirúrgicas y nivel de aceptación del método aplicado; con vista a consolidar la calidad de la asistencia médica en dicho estado.

La República Bolivariana de Venezuela inmersa en importantes planes y metas sociales y de salud pública, no puede permanecer ajena a este renovador paso en la apertura de un nuevo

modelo de atención. La Misión Médica Cubana en el Delta del Orinoco, como en todo el país, incluye la atención a nivel de Barrio Adentro I, representada por el médico de la familia y su módulo, y la atención a nivel de Barrio Adentro ², que se refiere al Centro de Diagnóstico Integral (CDI) que contiene un grupo de medios de diagnósticos, las salas de Terapia Intensiva e Ingresos y el servicio de cirugía, en el caso del que presente Quirófano. Ello posibilita una asistencia médica ininterrumpida al paciente, apreciables ventajas y favorece el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria.

Por los resultados alentadores alcanzados en el mundo, así como por la importancia que en el orden científico, económico y social tiene esta modalidad quirúrgica, es que nos motivamos a tomar el tema, con el objetivo de aplicar la cirugía mayor ambulatoria en el servicio de cirugía general del Centro de Diagnóstico Integral “Raúl Maza Mérida”, municipio Tucupita, estado Delta Amacuro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo con el propósito de aplicar la cirugía mayor ambulatoria en el servicio de Cirugía General del Centro de Diagnóstico Integral “Raúl Maza Mérida”, municipio Tucupita, del estado Delta Amacuro, durante el período comprendido desde octubre de 2006 hasta julio de 2007. Se elaboró una historia clínica ambulatoria que recogió elementos del pre, trans y postoperatorio. Toda la información se recolectó de forma sistemática, en una planilla diseñada con este objetivo; dicha información se reflejó en tablas y gráficos para su análisis y discusión.

Se intervinieron quirúrgicamente un total de 66 pacientes con los siguientes diagnósticos:

1. Hernia inguinal.
2. Hernia umbilical.
3. Varicocele.
4. Hidrocele.
5. Hernia incisional.
6. Hernia epigástrica.
7. Nódulo de mama.
8. Ginecomastia.
9. Quistes del cordón espermático.

Cumpliendo con los siguientes criterios de inclusión:

1. Edad mayor de 15 años.
2. Patologías quirúrgicas con tiempo operatorio definido menor de una hora y que no implicaran alteraciones de las funciones vitales.
3. Pacientes clasificados en las clases I y II de la Sociedad Americana de Anestesia ¹.

4. Posibilidades de atención en el hogar por un familiar.

Se evaluó el comportamiento de una serie de variables tales como edad, sexo, complicaciones, estadía, grado de aceptación del método empleado y tiempo de recuperación postoperatorio.

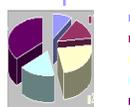
El 100% de los pacientes ofreció su consentimiento informado al especialista en Cirugía General, que los entrevistó y examinó en la consulta preoperatoria. Se les realizó un grupo estándar de exámenes complementarios, como hemograma completo, coagulograma, glicemia, creatinina, colesterol, triglicéridos y otros dependiendo de la enfermedad de base de cada paciente.

Se realizó un seguimiento a la totalidad de los pacientes al 7mo y 14to día del postoperatorio, prolongando el mismo hasta un mes de operado en las hernioplastias incisionales. Se evaluó en cada consulta el estado general del paciente y de la herida quirúrgica, así como la aceptación del método empleado y tiempo de recuperación postoperatorio.

RESULTADOS.

Se intervinieron quirúrgicamente 66 pacientes lo que representa el 54.09% de la cirugía mayor electiva realizada. Al analizar la distribución por edades arrojó que estas oscilaron entre 16 y 84 años de edad, siendo la media de 49 años. El grupo etáreo que predominó fue el de más de 55 años (gráfico1).

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN GRUPO ETAREO.



Fuente: Historias Clínicas del CDI “Raúl Maza Mérida”.

Se presentaron 51 pacientes del sexo masculino y 15 del sexo femenino lo que representó el 72.27% y el 22.73% respectivamente.

Las enfermedades quirúrgicas que se presentaron con mayor frecuencia fueron la hernia umbilical (39.39%) y la hernia inguinal (37.87%), (tabla 1).

TABLA 1. Enfermedades quirúrgicas.

Enfermedades quirúrgicas	No. de pacientes.	%
Hernia umbilical.	26	39.39
Hernia inguinal.	25	37.87
Hernia epigástrica.	3	4.54
Hernia incisional	4	6.06
Ginecomastia.	2	3.03
Varicocele.	1	1.51
Hidrocele.	1	1.51
Quiste del cordón espermático.	3	4.54
Nódulo de mama.	1	1.51
TOTAL	66	100

Fuente: Historias Clínicas del CDI “Raúl Maza Mérida”.

Se observaron 4 complicaciones postoperatorias (6.06%), las cuales se presentaron principalmente después de las herniorrafias inguinales e incisionales (tabla 2).

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN COMPLICACIONES.

COMPLICACIONES	No. DE PACIENTES	%
Hematoma de la herida quirúrgica.	1	1.51
Seroma.	1	1.51
Infección superficial del sitio quirúrgico	1	1.51
Granuloma.	1	1.51
TOTAL	4	6.06

Fuente: Historias Clínicas del CDI “Raúl Maza Mérida”.

La tabla 3 muestra que la anestesia más empleada fue la local, seguida por la espinal y la general, las cuales se utilizaron en 32 (48.48%), 30 (45.45%) y 4 (6.06%) pacientes respectivamente.

TABLA 3. TIPO DE ANESTESIA EMPLEADA.

TIPO DE ANESTESIA	No. DE PACIENTES	%
Local	32	48.48
Espinal	30	45.45

General	4	6.06
---------	---	------

Fuente: Historias Clínicas del CDI “Raúl Maza Mérida”.

El 95.45% de los pacientes intervenidos opinó favorablemente sobre el método empleado y solo tres pacientes alegaron dolor intenso, dos en el transoperatorio y uno en el postoperatorio, y no deseos de ser reoperado con igual método (tabla 3). La permanencia postoperatoria promedio de los enfermos en nuestro centro fue de 2.5 horas. En el 98.48% de los pacientes la recuperación postoperatoria fue inmediata, necesitando ingreso para la misma 1 paciente por dolor postoperatorio.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN NIVEL DE ACEPTACIÓN.

NIVEL DE ACEPTACIÓN	No. DE PACIENTES	%
Bueno	63	95.45
Malo	3	4.55
TOTAL	66	100

Fuente: Historias Clínicas del CDI “Raúl Maza Mérida”.

DISCUSIÓN

La Cirugía Mayor Ambulatoria está adquiriendo en todos los sistemas nacionales de salud un gran auge en las últimas décadas, no solo debido a los avances médicos y a la disminución de costos que representa, sino a la elevada aceptación por parte de los pacientes, al ser un proceso más ágil y humanizado, con una menor desestructuración del núcleo familiar, y disminuir la sensación de angustia y despersonalización que supone un ingreso hospitalario ⁷.

El predominio de pacientes mayores de 55 años en nuestro estudio no es un fenómeno aislado, sino que está vinculado a las patologías tratadas y por la pobre cobertura médica especializada a la que estaban sometidos los pacientes tratados. Valorando nuestros resultados y criterios de otros autores^{8,9} consideramos que la edad del enfermo no es un factor que se debe tener presente, para la selección del paciente ambulatorio. Lieber reportó la aplicación de este proceder en pacientes geriátricos con resultados satisfactorios, y demostró que es factible y aplicable en estos enfermos independientemente de su edad ¹⁰. Nos llama la atención que el paciente adulto mayor no ha participado de forma relevante en otras publicaciones revisadas ^{5,6,7}, hecho que nos debe hacer reflexionar, pues la generosidad y seguridad del método, respaldado por la atención primaria, permite hacerlo más extensivo a este grupo de pacientes.

El 72.27% de los pacientes que se beneficiaron con el método empleado fueron del sexo masculino. No podemos afirmar que la mujer acepta en menor cuantía la cirugía mayor ambulatoria que el hombre, en nuestro estudio esto guarda relación con las afecciones quirúrgicas tratadas las cuales inciden más en los hombres y son factibles de operar con este método. Existen publicaciones nacionales ^{5,7} que así lo confirman. Sin embargo, autores extranjeros ^{11,12} reportan mayor porcentaje de mujeres en sus series, al ser el principio de selección, afecciones quirúrgicas que se ven más frecuentes en el sexo femenino.

Es altamente significativo que 2 enfermedades quirúrgicas: la hernia inguinal, y la hernia umbilical, representaron más del 75% de los pacientes tratados. Lo cual influyó positivamente en los resultados alcanzados en nuestro estudio. Martínez Ramos presenta resultados similares al nuestro ¹⁴. En la literatura médica revisada ¹⁵⁻¹⁷, las hernias inguinales y las afecciones mamarias constituyeron las causas más frecuentes de intervenciones quirúrgicas. Sanders plantea que la cirugía laparoscópica gana cada día más terreno, y hace mucho más factible y corta la estancia del paciente ¹⁸

Se presentaron 4 complicaciones, todas relacionadas con la herida quirúrgica, lo que representó el 6.06% del total de pacientes operados. Según parámetros de la Organización Mundial de la Salud estas han de encontrarse entre 2,5% y 12% ¹⁸ además, consideramos que este resultado fue propiciado por el riguroso cumplimiento de las medidas de asepsia, antisepsia, hemostasia y meticulosa disección quirúrgica. Martínez Ramos presentó resultados similares al nuestro, siendo las complicaciones menores las que se reportaron con mayor frecuencia ¹⁹.

El uso de la anestesia local en el 48.48% de los pacientes operados permitió disminuir el riesgo operatorio y desterrar algunas complicaciones de la anestesia general y de la raquídea como son las afecciones cardiovasculares, respiratorias, digestivas y urinarias y que se hacen presentes en el 4% de los pacientes en el intraoperatorio y en el 9,6% de los casos en el postoperatorio ²⁰. Estas fueron utilizadas cuando la envergadura de la operación y el tiempo quirúrgico lo justificaron. El uso de la anestesia local permitió a los enfermos no alterar su estilo de vida. La anestesia espinal y la general se emplearon en el 45.45% y 6.06% de los enfermos respectivamente, lo que coincide con otros resultados publicados en la literatura internacional ^{1,22}

El nivel de satisfacción de los enfermos es uno de los indicadores de calidad de la cirugía ambulatoria, por lo que nos alienta reportar el alto grado de aceptación del método empleado con un 95.45% de opiniones favorables, no dolor transoperatorio y deseos de ser reintervenido con igual método.

Presentamos tres pacientes que refirieron dolor intenso, dos durante el transoperatorio y uno en el postoperatorio, lo cual estuvo dado por una inadecuada técnica anestésica aunada a irregularidades en la selección del paciente. Solo un paciente de los que presentaron complicaciones postoperatorias, opinó de forma desfavorable sobre la cirugía mayor ambulatoria, por lo que estas no incidieron en el nivel de aceptación del método aplicado. Los pacientes

coincidieron en la importancia de ofrecerles dos opciones para ser operados o sea de forma ambulatoria o no ambulatoria, además que habían disminuido las dificultades que representa la hospitalización en ocasiones. Soliva Domínguez presentó niveles de satisfacción similares al nuestro y plantea que la satisfacción unánime debe hacer pensar en sesgos importantes.

CONCLUSIONES.

1. La cirugía mayor ambulatoria se realizó con mayor frecuencia en el sexo masculino y en el grupo etáreo de más de 55 años de edad.
2. La hernia inguinal y umbilical representaron más del 75% de las enfermedades quirúrgicas que se beneficiaron con el método aplicado.
3. Las complicaciones que se presentaron fueron escasas y no influyeron en el nivel de aceptación logrado.
4. El método anestésico que se empleó con mayor frecuencia fue el local.
5. El 95.45% de los enfermos operados opinó favorablemente sobre la cirugía ambulatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Davis JE. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. Clin Quir Norteam 1987; 67(4):685-708.
2. Kiriodikis C. Selección y evaluación preoperatoria del paciente en cirugía ambulatoria. Rev Venez Cir 2001; 42(1):183-5.
3. Davis JE, Detmer E. The ambulatory surgical unit. Am Surg 1992; 167: 856-62.
4. Mederos ON, Pargas A, Ruiz J, Gutiérrez A, Peraza E, Gerardo A, et al. Cirugía ambulatoria mayor en coordinación con el médico de la familia: estudio de 254 enfermos: parte 1. Rev Cubana Med Gen Integr 1991; 7(3): 243-7.
5. Aguila A. Alta precoz, sus ventajas sociales y sobre los indicadores hospitalarios. Rev Cubana Cir 1979; 18(2): 179-81.
6. Martínez Ramos G, Torres Fraguela S, González Delis R, Garrido Lena LI, Betancourt Cervantes J. Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria: estudio de seis años. Medicentro (seriada en línea). 2004; 8(1). Acceso: 7 de octubre de 2004. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/sitios/medicentro/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202004/v8n1a04/cirugiamayor70.htm>
7. Herrera E, Rodríguez Huertas F, Sánchez Rivero MD. Experiencia en la unidad de cirugía mayor ambulatoria del hospital del SAS de Jerez en el año 2000. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8(1):89-90.
8. Ferrer Pérez A, Torres Fraguela 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. (seriada en línea). 2002; 6(1). Acceso: 7 de octubre de 2004. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v6n102/perio.htm>
9. Liebre Lieber CP, Seinige UI, Sataloff MD. Choosing the site of surgery. An overview of

- ambulatory in geriatric. Clin Geriatr Med 2005; 6(3):493-7.
10. Vernaza A. Cirugía ambulatoria: colescistectomía y tirectomía. Colomb Med 2005; 90(2): 13-7.
 11. Masiá Alegre A. Cirugía mayor ambulatoria: experiencia, valoración y resultados de la unidad de cirugía sin ingreso del servicio de cirugía general del Hospital Arnau de Vilanova (Tesis doctoral). Universitat de Valencia: Servei de Publicacions; 2004.
 12. 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.
 13. Múgica J. V Congreso Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria. (monografía en línea). 2001. Disponible en: http://diariomedicovd.recoletos.es/edicion/componentes/noticia/VersionImprimirDM_cmp/0,3237,63473,00.html Acceso: 7 de octubre de 2004.
 14. Cortiñas M, Martínez LL, Vega F, Parra R, Ayelo A, Geronimo M, et al. Experiencia de siete años e indicadores de calidad en una unidad de CMA. Cir May Amb 2006; 11(1): 28-32
 15. Múgica J. V Congreso Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria. (en línea). 2001. Acceso: 7 de octubre de 2004. Disponible en: <http://diariomedicovd.recoletos.es/edicion/componentes12>
 16. Sanders CJ, Leary BF, Wolfe BM. Is outpatient laparoscopic cholecystectomy wise? Surg Endosc 2005; 9(12): 1263-8.
 17. Marshall S, Chung F. Discharge and complications after ambulatory surgery. Anaesth Analg 2002; 88: 508-17.
 18. Martínez Ramos G, Torres Fraguera S, González Delis R, Garrido Lena LI. Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria: estudio de 5 años Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo Rivero", Santa Clara, Villa Clara. Rev Cubana Cir (seriada en línea). 2003; 42(4). Acceso: 7 de octubre de 2004. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol42_4_03/cir0540.htm
 19. Bryson GL, Chung F, Finegan BA, Friedman Z, Miller DR, Van Vlymen J, et al. Patient selection in ambulatory anesthesia: an evidence-based review: part 1. Can J Anesth 2004; 51:768-81.
 20. Bryson GL, Chung F, Cox RG, Crowe MJ, Fuller J, Henderson C, et al. Patient selection in ambulatory anesthesia: an evidence-based review: part 2. Can J Anesth 2004; 51: 782-94.
 21. Korttila K. Recovery and discharge issues. Measuring recovery from anaesthesia. Cir May Amb 2005; 10(1): 56-7.
 22. Soliva Domínguez R, Amaro Arias E, Portuondo Ávalos I. Satisfacción de los operados con un programa municipal de cirugía ambulatoria mayor. Cir Ciruj2003; 71: 116-28.

SUMMARY.

A prospective, longitudinal, and descriptive study was carried out with the purpose of applying major ambulatory surgery in the General Surgery Service of "Raúl Maza Mérida" integrated medical diagnostic center, in the municipality of Tucupita, Delta Amacuro State, during the period between October 2006 and July 2007. Sixty-six patients were surgically intervened by

ambulatory form. The affections of greater incidence were the umbilical hernias (39.39%) and inguinal (37.87%). Patients with varicocele, hydrocele, incisional hernia, epigastric hernia, breast nodules, gynecomastias and cysts of the spermatic cord were also treated by this method. The male sex predominated with 77.27%, and as for the age, those over 55 years were the ones more benefitted with this method. Post-operative complications were presented in the 6,06% of the patients operated. The average postoperative stay of the sick in our center was of 2,5 hours. The anesthetic method more used was the local one (48.48%). The degree of acceptance of the used method, was high (95.45%) and in the 98,48% of the patients the recovery was immediate. All without detriment of the assistance quality.

Subject Headings: **AMBULATORY SURGICAL PROCEDURES; SURGERY**

Dr. Osvaldo Barrios Viera.

E-mail: barriosviera@yahoo.es