UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Cirugía

CIRUGÍA AMBULATORIA Y DE ALTA PRECOZ

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Julián de Pedro Conal

Bajo la dirección de los doctores

José Luis Balibrea Cantero
Ángel Suárez García

Madrid, 1995

ISBN: 84-669-1345-9

SIGUIENTE

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

CIRUGIA AMBULATORIA Y DE ALTA PRECOZ

TESIS DOCTORAL

JULIAN DE PEDRO CONAL

MADRID- 1995

INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS

La Tesis Doctoral "CIRUGIA AMBULATORIA Y DE ALTA PRECOZ", realizada por D. Julian de Pedro Conal, reune las condiciones de contenido y forma para ser presentada ante el Tribunal Calificador.

V.º B.º
EL TUTOR (2)

Fdo.: _____
(fecha y firma)

Prof. Suárez García

D.N.I.: DNI 9.616.907

El Director de la Tesis

Fdo.: Prof. J. L. Balibrea
(fecha y firma) 5-6-95

D.N.I.: 2.011.048

INFORME DEL CONSEJO DE DEPARTAMENTO

La Tesis Doctoral *"CIRUGIA AMBULATORIA Y DE ALTA PRECOZ"*, realizada por D. Julián de Pedro Conal, ha sido considerada por el Consejo del Departamento apta para ser presentada ante el Tribunal Calificador.

Fecha reunión
Consejo Departamento
6 de junio de 1995

El Director del Departamento

Fdo.: Prof. J. L. Balibrea
(fecha y firma) 7-7-95

AUTOR: JULIAN DE PEDRO CONAL.

TITULO: CIRUGIA AMBULATORIA
Y DE ALTA PRECOZ.

DIRECTORES: JOSE LUIS BALIBREA CANTERO.
Director del departamento de
Cirugía.

FACULTAD DE MEDICINA. U.C.M.

ANGEL SUAREZ GARCIA.
Profesor titular U.C.M.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
SECCION O DEPARTAMENTO : CIRUGIA.
FACULTAD DE MEDICINA.
AÑO: 1995.

El presente trabajo ha sido realizado en el Hospital General de Móstoles, bajo la dirección del Dr. Don José Luis Balibrea Cantero y del Dr. Don Angel Suarez Garcia.

Tu planeta es tan pequeño que puedes recorrerlo en tres zancadas. No tienes más que caminar bastante lentamente para quedar siempre al sol. Cuando quieras descansar, caminarás... y el día durará tanto tiempo como quieras.

Antoine de Saint-Exupery.

AGRADECIMIENTOS.

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Don. José Luis Balibrea Cantero por su constante orientación, ayuda y estimulo durante la realización de este trabajo.

Quiero asi mismo agradecer al Dr. Don Angel Suarez Garcia, Jefe de Servicio del Hospital de Móstoles, su gran ayuda y apoyo en este trabajo, especialmente en la parte final del mismo, sin cuya colaboración no habría podido salir adelante.

Agradezco también a la Dra. Dña Rosa Cuberes Monserrat, Dra. Rosario Alises Sanz y Dra Victoria Gándara su valiosa colaboración en distintas etapas de este estudio, así como a todos los miembros del servicio de cirugía del Hospital de Móstoles.

Igualmente quiero agradecer al Dr. Roberto Fernandez Roldan, Dra Ana Botella Gregori, D. José Ubide y D. Juán Bautista de la Cruz la colaboración prestada en distintos aspectos de este trabajo.

Finalmente, deseo agradecer a mis padres y hermana, su cariño y apoyo durante la realización del mismo.

A mis padres

y hermana.

INDICE.

INDICE

Págs

I. INTRODUCCION 1

II. FUNDAMENTOS 9

1. Historia 10

2. Ventajas y desventajas de la cirugía en pacientes ambulatorios 17

2.a. Ventajas 17

2.b. Desventajas 20

3. Modelos de unidades de Cirugía ambulatoria 22

3.a. Unidad integrada en el hospital 22

3.a.1. Ventajas 23

3.a.2. Desventajas 24

3.b. Unidad autónoma controlada por el hospital 25

3.b.1. Ventajas 26

3.b.2. Desventajas 27

3.c. Unidad satélite de hospital 28

3.c.1. Ventajas 28

3.c.2. Desventajas 29

Págs

3.d. Unidad independiente.....29

3.d.1. Ventajas.....30

3.d.2. Desventajas.....32

4. Desarrollo de una Unidad de Cirugía ambulatoria.....33

5. Organización de un programa de Cirugía ambulatoria.....36

6. Selección de pacientes.....41

7. Evaluación preoperatoria.....46

7.a. Evaluación prequirúrgica.....46

7.b. Evaluación por anestesiología.....56

7.b.1. Medicación preanestésica.....65

7.b.2. Anestesia local y regional.....69

7.b.3. Anestesia general.....74

8. La cirugía ambulatoria en España.....78

III. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS.....81

1. Planteamiento.....82

2. Objetivos.....86

Págs

IV. MATERIAL Y METODOS.....87

1. Descripción sociosanitaria área 8 CAM.....88

1.a. Marco físico.....88

1.b. Características sociodemográficas.....96

2. Oferta sanitaria.....101

2.a. Recursos físicos.....101

2.b. Recursos humanos.....106

3. Demanda sanitaria área 8 CAM.....108

3.a. Utilización de servicios.....108

3.b. Demanda de servicios.....109

4. Periodo de tiempo de estudio.....111

5. Método.....121

6. Total de enfermos.....123

6.a. Enfermos de cirugía menor ambulatoria.....123

6.b. Enfermos de cirugía mayor ambulatoria.....129

6.b.1. Hernias pared abdominal.....129

6.b.2. Sinus pilonidal.....137

6.b.3. Patología anal.....142

Págs

6.b.4. Varices de miembros inferiores.....150

6.b.5. Patología mamaria, Tumores benignos mamarios, mastitis.....156

6.b.6. Lipomas gigantes.....162

7. Tratamiento postoperatorio.....165

V. RESULTADOS.....167

1. Cirugía menor ambulatoria.....168

2. Cirugía mayor ambulatoria y corta estancia.....169

2.a.Hernias de la pered abdominal.....169

2.a.1. Evolución.....169

2.a.2. Morbimortalidad.....169

2.a.3. Recidivas.....170

2.b. Sinus pilonidal.....172

2.b.1. Evolución.....172

2.b.2. Morbimortalidad.....172

2.b.3. Recidivas.....174

Págs

2.c. Patología anal.....175

2.c.1. Evolución.....175

2.c.2. Morbimortalidad.....175

2.c.3. Recidivas.....177

2.d. Varices miembros inferiores.....178

2.d.1. Evolución.....178

2.d.2. Morbimortalidad.....178

2.e. Patología mamaria.....181

2.e.1. Evolución.....181

2.e.2. Morbimortalidad.....181

2.f. Lipomas gigantes.....183

2.f.1. Evolución.....183

2.f.2. Morbimortalidad.....183

3. Repercusión económica global. Costes por proceso y estancia media global.....185

3.a. Hernias pared abdominal.....187

3.b. Sinus pilonidal.....187

3.c. Proctología.....188

Págs

3.d. Varices de miembros inferiores.....188

3.e. Patología mamaria.....189

3.f. Lipomas gigantes.....189

VI. DISCUSION.....190

1. Generalidades.....191

2. Datos clínico-experimentales.....198

2.a. Herniorrafia ambulatoria.....198

2.b. Sinus pilonidal.....201

2.c. Cirugía proctológica.....204

2.d. Varices de miembros inferiores.....206

2.e. Miscelanea (lipomas y patol. mamaria).....209

2.f. Estancia media global.....210

VII. CONCLUSIONES.....213

VIII. BIBLIOGRAFIA.....216

I. INTRODUCCION.

I. INTRODUCION.

Uno de los cambios más estimulantes, oportunos y satisfactorios de la práctica quirúrgica tradicional, es el desplazamiento de gran cantidad de procedimientos operatorios de los hospitales a centros para pacientes ambulatorios o externos. Este método de atención quirúrgica beneficia a todos los implicados (enfermos, cirujanos, instituciones, aseguradoras y a la comunidad) reduce costos, ofrece mayor comodidad y no entraña más riesgo para los pacientes.

Realizar cirugía mayor sin hospitalizar a los pacientes no es una idea nueva, la frase de Goethe "todo ha sido descubierto antes... el problema es recordarlo" (1). Al inicio de la era moderna, se entendía con precisión que el término "cirugía ambulatoria" significaba aquella que sólo antes se realizaba en enfermos hospitalizados y que luego se llevaba a cabo ya fuese en el hospital o en una unidad independiente , con alta del enfermo en el mismo día. Así pués, se le distinguía de la cirugía en pacientes hospitalizados y en pacientes externos. En los últimos años los términos cirugía ambulatoria y cirugía de paciente externo se han vuelto sinónimos, y resulta dificil, sino imposible el separarlos con claridad. En consecuencia se propuso un esquema en el cual se emplearian los términos de cirugía menor ambulatoria y cirugía mayor ambulatoria.

Cirugía ambulatoria o de día (2-5) es aquella que se realiza en el mismo día en el que el paciente ingresa, siendo dado de alta a las pocas horas o al día siguiente de la cirugía. En el nivel más bajo de complejidad tenemos lo que denominamos cirugía ambulatoria menor estrícta, es la que puede realizarse en la misma consulta o en una zona anexa bajo anestesia local (6-9), y son dados de alta de manera inmediata. Realmente nos vamos a referir a procedimientos quirúrgicos más complejos que los descritos, pero mucho menos que las operaciones mayores, que requieren cuidados que sólo se pueden garantizar en un hospital de mayor infraestructura dotacional: esto es lo que se conoce como cirugía mayor ambulatoria . Se consideran como requisítos necesarios los siguientes: (10,11).

1.- Duración entre 60 y 90 minutos, mínimo sangrado, mínima alteración psicológica.

2.- Mínimas complicaciones postoperatorias.

3.- Buen estado general. Clase I y II de la sociedad Americana de Anestesia (ASA).

4.- Aceptación del paciente.

5.- Cooperación de los cirujanos.

La necesidad de una utilización racional de las camas hospitalarias, tiene su origen en los sistemas sanitarios públicos, donde la demanda asistencial debe adaptarse a los recursos disponibles.

En 1969, Alexander Williams comentaba que <si el Servicio Nacional de Salud no disponía del dinero necesario para dar un servicio perfecto, la única alternativa era un uso más racional del dinero disponible> (12). En la actualidad, y pensamos que debe ser así, la sociedad exíge una mayor seguridad y menor margen de error o yatrogenia. La tecnología avanzada capaz de controlar ese proceso es cada vez más cara (13,14) por lo que los equipos de gestión sanitaria se enfrentan a unos costes crecientes. No es ético, sugerir que un determinado tratamiento no puede ser aplicado a un paciente por ser demasiado caro (13), pero si parece lógico que deban valorarse todas aquellas formas de hacerlo más barato (sin riesgo potencial para el paciente) (15), o bien abaratar cualquier forma de tratamiento para poder dedicar los recursos a las nuevas tecnologías.

La razón para hospitalizar a enfermos intervenidos estaba basada en la antigua idea de que el reposo era necesario para la buena consolidación de las heridas quirúgicas (16) . En 1899, Reis fué el primero en preconizar la idea de la deambulación temprana en los enfermos quirúrgicos (17). Desde entonces, la dambulación

temprana está ganando adeptos y los estudios realizados hasta el momento no han demostrado que aumenten la morbilidad (18-23).

En el momento actual, donde la sanidad debe sujetarse a parámetros de racionalidad económica, es cuando la cirugía ambulatoria recobra todo su sentido. La adaptación de la demanda asistencial a los recursos disponibles debe hacerse sin repercusión sobre la calidad asistencial y dirigirse a la hospitalización innecesaria (debemos pensar en la elevada inversión en equipos de tecnología punta que desequilibra los ya escasos presupuestos sanitarios, haciendo necesario la búsqueda de soluciones alternativas capaces de abaratar los costes sin modificar la calidad asistencial). Es fundamental que el paciente tenga conciencia del problema económico que conlleva su asistencia sanitaria y que intente borrar la imagen de hospitalización hotelera, entendiendo como tal, la que se produce para mayor tranquilidad del paciente y de sus familiares. Esta tranquilidad la deben proporcionar el médico de cabecera y un sistema sanitario coherente que facilite, en un momento determinado, el ingreso del paciente, si esto fuera necesario.

En este estudio hemos podido comprobar que el fácil acceso al centro hospitalario en caso de necesidad, favorece la aceptación por parte del paciente del alta precoz aún siendo intervenidos en los centros satélites.

Desde que Farquharson (16) en Europa y Trice (24), en Estados Unidos, preconizaron a mediados de siglo, la herniorrafia con anestesia local sín hospitalización, en la literatura internacional han aparecido múltiples comunicaciones demostrando la rentabilidad de este procedimiento (25-26). Se considera que al igual que otras series, hemos comprobado como más del 90% de los pacientes prefieren no ingresar en el hospital si se les ofrece una alternativa razonable (25-28). El ahorro económico y el grado de aceptación obtenido, no han sido a expensas de la calidad asistencial, tasas de recidiva y de complicaciones, ya que son similares a las obtenidas en todas las series (28-31).

Una de las primeras experiencias publicadas sobre cirugía ambulatoria corresponde a Nicholl, quien en 1909, comunicó excelentes resultados con la misma en 7000 intervenciones infantiles, entre ellas, herniorrafias (32). En su articulo ya apuntaba la posibilidad de realizarla en casos similares del adulto. Diversas publicaciones desde entonces, han afirmado la seguridad y eficacia del sistema y en la actualidad las clínicas de cirugía ambulatoria <Surgicenters> están ampliamente difundidas en Norteamerica (33,34) y su número ha crecido anualmente de modo casi exponencial (35). Estos centros están dotados de la totalidad de la instrumentación y personal necesarios para el tipo de cirugía que nos ocupa, ya sea bajo anestesia local, regional o general.

La anestesia ambulatoria se puede realizar de una forma eficaz, segura y cómoda para el paciente. La técnica anestésica más adecuada para la cirugía ambulatoria será aquella que sea mejor para el paciente y la intervención quirúrgica a realizar.

La anestesia local conlleva numerosas ventajas como la deambulación precoz (que evita estasis sanguíneo y previene de embolismos), el permitir la alimentación inmediata (obvia sueroterápia y cuidados de enfermeria), puede ser aplicado por el propio cirujano, la práctica de la infiltración de la herida con un anestésico local de larga duración al final de la intervención, es un método eficaz, tanto para la anestesia general como en la regional, para prolongar la analgesia postoperatoria.

En la anestesia general se tiene que administrar fármacos con un inicio de acción más rápido, un menor tiempo de recuperación y menores efectos secundarios.

En el caso de la anestesia locoregional, tiene dos ventajas destacables en la cirugía ambulatoria:

1.- Reducida incidencia de las principales causas de ingreso no programado como son las náuseas, vómitos, somnolencia.

2.- Disminución de las necesidades de analgésia postoperatoria.

En resumen, de las experiencias de la literatura podemos deducir:

1.- Más de un tercio de la totalidad de procederes quirúrgicos (incluyendo endoscopias, reducción de fracturas, cirugía de especialidades, etc...) puede realizarse de modo ambulatorio (33--42), con una mortalidad intraoperatoria de alrededor de 1/50.000 y mínima o nula necesidad de traslado al hospital.

2.- La satisfacción para el personal sanitario y para el paciente es mayor (35,43) con memor consumo de tiempo médico.

3.- La edad de los pacientes no es una contraindicación (34,44).

4.- Los costes se reducen aún más, pues se ahorra entre un 48-72% de servicios y pruebas innecesarias (43,45).

II. FUNDAMENTOS.

1. HISTORIA.

El ser humano aprendió a operar a sus semejantes mucho antes de saber escribir o dejar registro de sus operaciones. A través de los siglos, los hombres han ayudado a otros mediante la cirugía, mucho antes de que aparecieran los hospitales como instituciones importantes en nuestra sociedad. Así pues, la cirugía del paciente ambulatorio es en realidad la forma más antigua de cirugía que conocemos.

En 1862, en los papíros traducidos por el egiptólogo Edwing Smith, se describen los primeros 42 casos quirúrgicos realizados ambulatoriamente (46).

Previo al desarrollo de la anestésia general y del hospital moderno, la mayoria de los pacientes se recuperaba de la cirugía en sus casas. Con el cristianismo y su doctrina de caridad hacia el enfermo, empiezan a crearse los primeros hospitales (47) como parte integral de Iglesias y Monasterios, adquiriendo su máximo esplendor durante el siglo XIX. La estancia en el hospital era propio solo de indigentes o soldados. Más tarde con el progresivo desarrollo de la anestesia y la posibilidad de realizar procedimientos quirúrgicos de mayor envergadura, cirujanos y pacientes, comprendieron que los resultados y cuidados postoperatorios serían indudablemente mejores dentro de un marco hospitalario, lo que permitió el enorme avance de la cirugía

experimentado por los E.E.U.U. durante este siglo (48).
No obstante, hubo desde el principio el convencimiento de que los niños podrían ser tratados de modo ambulatorio tan satisfactorio como si estuviesen ingresados.

El desarrollo de la cirugía ambulatoria, tal como hoy la concebimos, se debe principalmente a E.E.U.U. e Inglaterra.

El siglo XX, por problemas económicos (47) vuelve su mirada hacia la cirugía ambulatoria intentando encontrar en ella los recursos que necesita.

James Nicoll en 1909, en la ciudad de Glasgow presentó un informe de 7000 operaciones realizadas en niños de manera ambulatoria, con resultados satisfactorios respecto a los pacientes ingresados por un determinado tipo de patologías muy frecuentes, así mismo, asegura el gran benefício de la cirugía ambulatoria en un sistema público de salud (32).

En 1916, Ralf Waters, en Iowa, sentó las bases de la futura cirugía ambulatoria pediatrica (49).

En 1932 Shouldice desarrolla su propia técnica de herniorrafia inguinal acortando el periodo postoperatorio a 3-4 días.

En 1938 Herzfeld, del Hospital Real de Edimburgo publicó los resultados obtenidos por él en intervenciones de hernia inguinal en niños, destacando su seguridad, economía y conveniencias (50).

En un trabajo de Farquharson, de Edimburgo, publicado en 1.955, se expone la experiencia de este autor en hernias inguinales operadas bajo anestesia local (16). Como pioneros se considera también a un grupo de Aberdeen, en Escocia (11).

En 1957, Izant, presentó otro estudio realizado en el Hospital de Columbia (New York) en el que se alentaba a los cirujanos a considerar la herniorrafia sobre bases ambulatorias.

El incentivo en esta época no eran los factores económicos, que constituyen hoy la primera consideración, sino evitar el riesgo de infección hospitalaria. Se habla de una reducción de la infección nosocomial del orden de un 50% - 70% , especialmente en niños pequeños, más vulnerables que los mayores (51).

La era moderna de la cirugía ambulatoria se inícia a partir de la decada de los sesenta (E.E.U.U.). El primer programa moderno se inauguró en 1961 en el Butterworth Hospital de Grand Rapids, Michigan (52) y le sucedió al año siguiente la apertura de una unidad semejante en la Universidad de California, los Angeles, por los doctores David B. Cohen y John Dillon, ambos

anestesiólogos. Reconociendo que en esa época el concepto de anestesia general mayor en pacientes ambulatorios discrepaba de las costumbres establecidas, Cohen y Dillon pensaron que dicha práctica sería por completo segura "si se llevaba a cabo con seriedad y bajo controles estríctos por parte del cirujano y del anestesiólogo". Agregaron :" la seguridad del paciente no radíca en si está hospitalizado o es ambulatorio ", la seguridad es una actitud y cuando se siguen buenos principios en la selección de pacientes por el cirujano, con evaluación preanestésica y técnica anestésica cuidadosa, no hay motivo para esperar más complicaciones que en los individuos hospitalizados.

En 1968, Othersen y Clatworth, del Columbus Children's Hospital, exponen su experiencia de diez años en cirugía ambulatoria pediátrica con resultados muy satisfactorios. Es interesante señalar que en esos años las compañias privadas americanas no cubrian este tipo de cirugía (53).

En ese mismo año, Chiang y cols (54), publican su experiencia de 40.000 tonsilectomias realizadas ambulatoriamente sin ninguna mortalidad. Comenzaba a propagarse el concepto de cirugía ambulatoria a las demas especialidades quirúrgicas, y no solo a la cirugía padiátrica. A partir de aquí aparecen unidades de cirugía ambulatoria como alternativa al sistema clásico de ingreso hospitalario, en la Universidad de California, en los

Angeles, y en la Universidad George Washintong, Washintong (E.E.U.U.).

La Universidad de los Angeles (California), UCLA, publicó sus resultados en 1.966 exhortando a seguir adelante, y Lathi (55) sentó las bases de la cirugía ambulatoria tal y como hoy las conocemos.

A finales de los sesenta Reed y Ford (56), anestesiologos, planean, construyen y administran el Surgicenter en Phoenix , Arizona, para el desarrollo de la cirugía mayor en pacientes ambulatorios. Es una unidad independiente y por completo autosuficiente, como ellos mismos definieron: "para brindar atención quirúrgica de calidad al paciente cuya operación es demasiado delicada para el consultorio del médico, pero no tanto como para requerir hospitalización". Sus conceptos, excelente labor e impresionantes logros y resultados estimularon un extenso y creciente interes en este campo; su contribución ha sido perdurable hasta la actualidad.

Durante los siguientes años estos programas se han ido extendiendo por diversos paises, y abarcando distintas especialidades quirúrgicas (36-41). Nuestras actitudes hacia la enfermedad y la cirugía son en gran medida herencia cultural y fruto de la experiencia. Estas tienden a cambiar, pero

lentamente. El conservadurismo sobre todo en lo cultural "se siente uno enfermo cuando lo único que pasa es que se está reponiendo de un procedimiento técnico".

En E.E.U.U., el desarrollo progresivo en el acortamiento del tiempo de estancia hospitalaria ha sído gradual, pero en la actualidad la cirugía ambulatoria estrícta ha alcanzado un gran desarrollo no comparable al de ningun otro país. Se afirma en E.E.U.U. que el 40% de las intervenciones quirúrgicas para adultos y el 60% de las pediátricas, se podrían realizar mediante cirugía sin ingreso (57,58), sin disminuir la calidad asistencial, e incluso mejorándola (59). Para conseguirlo es necesaria la colaboración entre personal médico, ATS, técnicos de laboratorio, recepcionistas y la administración. En E.E.U.U se calcula que en 450 de los surgicenters existentes en 1985 que realizaron más de 800.000 procedimientos al año, y esto ha crecido de año en año.

De otra parte, en el Reino Unido, la idea de la estancia de 24 horas se va introduciendo de manera más lenta. Aunque se inició en la década de los sesenta, no fue hasta 1985 considerada formalmente por el Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra (60). Por ejemplo: la estancia media de herniorrafia ha pasado de 7.3 días en 1975 a 5.7 días en 1980 y 4.9 días en 1985 (61).

Respecto al modelo de cirugía ambulatoria, no exíste en el Reino Unido nada parecído a los "surgicenters" , practicándose la cirugía ambulatoria siempre dentro del marco hospitalario tradicional.

El progresivo descenso de las estancias hospitalarias se ha producido en gran medida por el desarrollo de las técnicas quirúrgicas, la introdución de nuevos materiales de sutura, el desarrollo de la anestesia, la mejoría del dolor postoperatorio, nuevas drogas antimicrobianas, el cambio de creencias entre los propios facultatívos, especialmente al valor que se le atribuye a la deambulación precoz postoperatoria (16-18).

2. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA CIRUGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS.

2.a. Ventajas:

I. Altera solo en grado mínimo el modo de vida del paciente (45--49) . Este tipo de cirugía , el mayor atractivo que presenta es la mínima interferencia con el modo de vida acostumbrado. La madre de familia que regresa a casa después de su operación y así mantiene el control de su hogar (45), el trabajador en especial el ejecutivo joven que puede volver a su trabajo sin demora o con pérdida mínima de tiempo,(62) los enfermos de todas las edades y sus familiares agradecen el que se les ahorren las rutínas, reglas y restricciones de los hospitales.

II. El paciente recibe una atención más individual. Tanto el concepto de cirugía ambulatoria (2-5) como el centro en que ésta se lleva a cabo estan diseñados, en específico, para este tipo de pacientes. El enfermo, en consecuencia, es consciente de ello, se siente confortado y lo agradece. El enfermo quirúrgico ambulatorio se convierte en un foco de atención y no es solo uno de los muchos tipos de pacientes de un hospital. El individuo no solo siente que recibe más atención, sino, que ésta es más personal. Esto contrasta con los enfermos hospitalizados, quienes, aún recibiendo el mismo grado de atención quirúrgica se sienten "ciudadanos de segunda", porque sus necesidades y deseos

ocupan a menudo un lugar secundario con respecto a los de otros pacientes hospitalizados, cuyo problema médico es más grave (45).

III. La ansiedad del paciente se atenúa (45,49,63), la atmósfera de estos centros es de jovial eficiencia que se aplica a un paciente quirúrgico y un procedimiento menos grave que los asociados con el medio hospitalario. El enfermo lo percibe y esto lo tranquiliza. El no mezclarse con otros pacientes, obviamente más enfermos y desvalidos, tiene un efecto alentador y beneficioso.

IV. Los costos se reducen (45,49) , los pacientes son conscientes de que ellos o quien corre con sus gastos (compañías aseguradoras, etc...) harán desembolsos menores. El público reconoce los costos cada vez mayores de la atención a la salud y la necesidad de frenarlos, aunque sean compañías de seguros las que vayan a pagar en la totalidad, todo el mundo se da cuenta, que a la larga, cualquier ahorro en la atención, beneficia al individuo.

V. Existe menor riesgo de infección hospitalaria. Muchos pacientes bien informados, reconocen la posibilidad de adquirir una infección si ingresaran en un hospital, y agradecen el poder evitar este riesgo.

VI. Existe menor incapacidad y una pronta vuelta al trabajo. Los trabajadores asocian su vuelta a casa en el mismo día, con el hecho de no haber sufrído una operación de gran magnitud. En consecuencia, deambulan más precozmente, vuelven a sus actividades normales casi de inmediato y se reincorporan a su trabajo más rápidamente que un grupo idéntico de enfermos sometidos a la misma atención quirúrgica en un hospital. En un estudio en el Methodist Medical Center de Peroia, Illinois, se demostró que en promedio, los pacientes quirúrgicos ambulatorios, faltaron a su trabajo 1.04 días menos que los hospitalizados.

VII. El médico conserva el control sobre el paciente. Muchos médicos, en especial los cirujanos, estan decepcionados del papeleo burocrático de los hospitales, demoras en el ingreso de pacientes, autorizaciones prolongadas y en ocasiones redundantes para el mismo, el número cada vez mayor de miembros del personal que desea participar en la atención de los enfermos, y las múltiples normas que se les imponen. Puede haber tantas personas con grados variables de entrenamiento y eficiencia alrededor del paciente hospitalizado, que el médico pierde su control sobre él. Estos profesionales ven en la cirugía del paciente ambulatorio un medio para brindar atención más eficiente y eficaz a sus enfermos, de manera directa y adecuada.

2.b. Desventajas:

I. Es posible que el paciente no siga las indicaciones preoperatorias. Previo a la cirugía, el paciente está fuera del control hospitalario y asistencial. Por ello, es de suma importancia que comprenda las ordenes preoperatorias y la importancia de seguirlas con exactitud. Esto no siempre sucede. Lo más grave es cuando el paciente no mantiene el ayuno durante la noche previa al día de la cirugía, si esto sucede, se debe reconocer de inmediato y el cirujano decidirá si cancela el procedimiento, lo pospone hasta que se vacíe el estómago o cambie la anestesia general planeada por anestesia local.

II. El enfermo puede no contar con medio de transporte. En algunos grupos de personas, sobre todo con edad avanzada o grupos socioeconómicos bajos, el transporte constituye un problema considerable . En tales casos, puede necesitarse hospitalización en lugar de atención ambulatoria tan solo por esa causa. Sin embargo, si se detecta el problema, los trabajadores sociales pueden conseguír voluntarios que brinden estos servicios o la forma de pagar un vehículo alquilado, porque el coste sería menor que una noche de hospital.

III. El paciente quizá no tenga asistencia competente en casa.

Las personas que viven solas, en especial los ancianos, muchas veces no consiguen a algún amigo, miembro de la familia ni ayuda pagada cuando vuelven a casa. A veces este problema es difícil de solucionar, en otros, con notificación y planeamiento adecuado, los trabajadores sociales pueden obtener cuidado y asistencia en casa y los servicios de una enfermera visitante. Estos servicios son menos costosos que la estancia hospitalaria.

IV. El paciente puede estar preocupado por la carencia de medidas de sosten y reanimación en el centro. Puede ser un excelente candidato para un determinado procedimiento ambulatorio, tanto de cirugía como de anestesia, pero está preocupado porque no se cuenta con los mismos medios para reanimación en el centro de cirugía del paciente ambulatorio que en los hospitales, si llegase a necesitarse. Conforme el público está mejor informado sobre el excelente funcionamiento de estas unidades y se entera de que cuentan con respaldo adecuado para cualquier urgencia, va disminuyendo el número de personas con este temor.

3. MODELOS DE UNIDADES EN CIRUGIA AMBULATORIA Y ALTA PRECOZ (10,45,49).

Hoy en día, la cirugía ambulatoria mayor se realiza en diversos medios. La mejor forma de clasificarlos es según su sistema de administración, ya sea bajo control de un hospital o bien independientes, esto es, que se administran sín relacción alguna a complejos hospitalarios.

RING y WONG describen 4 modelos diferentes .

3.a.- " UNIDAD INTEGRADA EN EL HOSPITAL" (43,64,65).

Consíste en un área designada dentro del propio edificio, en la que ingresan los pacientes y de la cual se les da de alta. La evaluación y preparación preoperatorias, así como, la atención después de recuperación tienen lugar en ese sitio. Se emplean los quirófanos y salas de recuperación del hospital, igual que para enfermos internados en él. Obviamente la unidad integrada controlada por el hospital, es el tipo más empleado para cirugía ambulatoria, pero en la actualidad, se están estableciendo con menor frecuencia. Un ejemplo de este modelo es el implantado en la Universidad de California en los Angeles, y en el centro médico George Washintong, Washintong (E.E.U.U.).

3.a.1.Ventajas:

I. Se requieren remodelación o construcción limitadas. Los únicos cambios estructurales necesarios son la conversión de espacio ya existente (cualquier espacio poco usado), o construcción de un pequeño pabellón.

II. Los gastos son relativamente bajos. Esta es una opción muy atractiva para quienes tienen presupuestos limitados u hospitales con espacio de sobra que se localiza dentro de un área del mismo de fácil acceso para pacientes externos.

III. Las unidades pueden construirse con rapidez. Pueden ponerse en operación en un plazo breve porque ya existen y funcionan los quirófanos y salas de recuperación.

IV. Existe mínimo riesgo para el hospital. Este sólo tiene que hacer un pequeño gasto, si el proyecto no tiene buen éxito, será fácil convertirlo a algun otro uso.

V. Los cirujanos tienen mayor flexibilidad. Esta unidad, permite realizar operaciones más variadas y a menudo más extensas porque, sean cuales sean los casos presentes, puede completarse la intervención sin poner en riesgo al paciente y en un medio al que el cirujano está acostumbrado. Si hubiera complicaciones, están

accesibles todos los recursos del hospital para reanimación, interconsultas y asistencia de otros servicios.

VI. Es posible compartir equipo y personal. El equipo de reanimación de un servicio de urgencias o consulta externa adyacente o cercano, puede bastar si es fácil de conseguir, lo que hace innecesario duplicar las existencias. También es posible compartir personal de otros servicios, como urgencias, consulta externa o pabellones de cirugía, para la unidad de cirugía ambulatoria, porque las demandas básicas de las distintas áreas difieren.

VII. Los cirujanos tienen más confianza. Algunos pueden sentirse más comodos al operar en este tipo de unidad y emplear los quirófanos y salas de recuperación comunes a los que estan habituados.

3.a.2.Desventajas:

I. El paciente puede sentirse como "ciudadano de segunda clase" (45). Si el personal trata pacientes hospitalizados y ambulatorios, su actitud puede sugerir que estos últimos son menos importantes y que su atención puede posponerse.

II. Existen demoras inesperadas en las operaciones. La cirugía mayor de pacientes ambulatorios puede demorarse o aún cancelarse si los procedimientos extensos en pacientes hospitalizados se prolongan o si se presentan situaciones de urgencia. Los enfermos pueden sentirse inseguros al saber que ocurren estas contingencias.

III. El ingreso de los pacientes es más difícil o lento. Si existe solo una oficina para la admisión de pacientes, los ambulatorios pueden sufrir demoras. En todo proceso, ellos compiten con pacientes hospitalizados, y estan conscientes que el personal hospitalario no los consideran tan enfermos o necesitados al ser ambulantes.

IV. El paciente quizá pague (o sienta que paga) en exceso. Si los gastos generales básicos, sobre todo los de la administración, se prorratean con los pacientes quirúrgicos ambulatorios, estos quizá consideren que estan pagando por la atención que no reciben.

3.b.-" UNIDAD AUTONOMA CONTROLADA POR EL HOSPITAL" (66).

El objetivo de este tipo de unidad es brindar la ventaja de la independencia, incluyendo sus menores costos, pero con la

seguridad y las posibilidades de respaldo de un hospital. Ejemplo: el hospital Comunitario de Watts, en Durhan, Carolina del Norte (E.E.U.U.).

3.b.1.Ventajas:

I. Hay ciertos ahorros. Todas las áreas (pre, trans y postoperatorias) de recuperación y administrativas se planean y administran a modo de proporcionar atención adecuada, pero no excesiva. A diferencia de la unidad integrada en el hospital, en que los pacientes emplean quirófanos y salas de recuperación con personal altamente capacitado y costoso, este tipo de unidad ofrece instalaciones y atención seguras, adecuadas y competentes al nivel necesario. En la unidad integrada, los diversos componentes (áreas de recepción, exploración y evaluación, quirófanos, sala de recuperación y de altas), a menudo se encuentran en distintas partes del hospital e incluso en distintos pisos. En consecuencia, el transporte de estos pacientes con la compañia y supervisión requeridas, pueden elevar los costos. En la unidad autónoma estos costos son mínimos o se eliminan.

II. Se logra mayor satisfacción para enfermos, médicos y personal. Ya que los enfermos permanecen en una sola unidad, diseñada y administrada con el único objetivo de su seguridad

y confort; y dado que los sirve un personal muy reducido, todos experimentan mayor satisfacción. Los pacientes que reciben toda la atención del personal, quien a su vez no se distrae por otras responsabilidades. Suele haber un elevado espíritu de grupo en estas unidades en los que se requiere interdependencia y ayuda mutua.

III. La eficiencia operativa es mayor. Dado que la unidad está planeada y administrada para ofrecer un solo servicio, que se repite muchas veces al día, y ya que se localiza en una sola área compacta, se ahorra tiempo y se gana eficiencia.

3.b.2.Desventajas:

I. Los costos de construcción pueden ser altos. Si el nuevo edificio debe satisfacer los requisitos de construcción estandar de los hospitales, los costos pueden ser mayores que si se edifica en otra parte.

II. El espacio creado específicamente quizá no pueda convertirse. Si el proyecto no se utiliza por completo o fracasa, no se prestará para uso de otros servicios hospitalarios sin una nueva inversión de capital. Es fundamental un firme compromiso de todas las partes implicadas.

III. El certificado de necesidad puede ser difícil y costoso de obtener. La construcción entraña agregar quirófanos al espacio quirúrgico total de la comunidad, de modo que otros grupos pueden oponerse al proyecto y dificultar la obtención del certificado de necesidad. Esta oposición y las medidas necesarias para superarlas pueden provocar demoras en la construcción lo que eleve los costes financieros.

3.c.-" UNIDAD SATELITE DE HOSPITAL".

Esta es una unidad autónoma patrocinada por un hospital pero situada lejos de éste. Para servir a un mercado diferente, tales unidades suelen localizarse en la misma comunidad pero a cierta distancia del hospital, o bien en una comunidad vecina.

3.c.1.Ventajas:

I. Comparten las ventajas ya descritas anteriormente para las unidades autónomas integradas.

II. Este tipo de unidad amplia el mercado de la cirugía en pacientes ambulatorios, al servir a otra comunidad o a una parte adicional de la misma.

III. Puede ofrecerse a los pacientes un acceso más fácil y mayor comodidad porque esta fuera del complejo hospitalario, bullicioso y en ocasiones congestionado.

IV. No solo se generan ingresos suplementarios para el hospital, sino a menudo también ingresos de una fuente totalmente nueva.

3.c.2.Desventajas:

I. Tienen las mismas desventajas de la unidad autónoma controlada por el hospital.

II. La unidad de este tipo puede generar hostilidad y gran oposición entre los médicos y residentes del area afectada. Los primeros acaso la consideren como competencia injusta por parte del hospital, que con su fuerza económica puede afectar negativamente la práctica de médicos locales. Algunos ciudadanos, aunque beneficiados por los servicios que proporciona la unidad, pueden tomar a mal que las utilidades monetarias generadas por esta empresa salgan de la comunidad que las generó.

3.d.-" UNIDAD INDEPENDIENTE ".

Es una unidad autónoma sin nexo geográfico ni administrativo con otras instituciones de salud. Charles Hill, en Providence, Rhode

Island (E.E.U.U.) estableció la primera unidad de este tipo que fracasó por falta de soporte económico y desinteres de los cirujanos. En la actualidad, uno de los centros más conocidos de este tipo de cirugía es el de Phoenix, Arizona, creado en 1970 por Reed y Ford (33); gozó de éxito por el apoyo de los cirujanos, hospitales locales, agencias de planeación y aseguradoras principales, que intervinieron intensamente en el sistema. Se calcula que actualmente hay varios cientos de unidades de este tipo funcionando en Estados Unidos. Sin embargo, aunque las ventajas de este modelo son indudables, antes de establecer este tipo de centros hospitalarios hay que valorar cuidadosamente los recursos de los que se dispone, pues el número de pacientes aceptados en el hospital también disminuye, y los recursos hospitalarios calculados en un principio para un determinado volumen puede verse infrautilizado, lo que aumentería los costes globales de mantenimiemto.

3.d.1.Ventajas:

I. Las mísmas que la unidad autónoma controlada por el hospital.

II. Los considerables ahorros en costos redundan en cuentas más bajas para los pacientes. El centro independiente, en realidad, tiene un menor costo de operaciones, por dos razones. La primera,

que el paciente ambulatorio para cirugía mayor recibe atención segura en una instalación planeada y construída para éste tipo de cirugía; por tanto, no se la carga el empleo de grandes quirófanos y salas de recuperación refinadas, porque no se las requiere. En segundo lugar, los gastos generales, sobre todo los administrativos, no se prorratean para el paciente de la unidad independiente, como suele suceder con la unidad dependiente de un hospital. Los ahorros que esto implica se trasladan al enfermo en forma de cargos notablemente menores.

III. Hay mayor satisfacción de paciente y cirujano. El primero suele descubrir que la unidad independiente es más cómoda, menos costosa y suele tener una atmosfera más agradable. El espíritu de equipo tiende a ser muy alto en estas unidades, en que un grupo reducido de trabajadores se vuelven interdependientes, muy competentes y estan complacidos con su trabajo. Los enfermos reconocen esto y lo agradecen. Los cirujanos sienten tener más control sobre sus enfermos, y les complace estar libres de las normas, reglamentos y gobierno de una institución grande con sus muchos niveles de administración.

IV. Al igual que las unidades satélite, las independientes ofrecen acceso más fácil y conveniente que las anexas a un hospital.

V. La unidad independiente es el método menos costoso y de más fácil desarrollo para la comunidad que tiene mercado adecuado para cirugía mayor en pacientes ambulatorios y no cuenta con instituciones que la ofrezcan.

3.d.2.Desventajas:

I. La posible diferencia en equipo y personal de reanimación, comparada con un hospital, puede preocupar a algunos pacientes, sin embargo, el público conoce los excelentes resultados que se obtienen en estas unidades y los cientos de miles de operaciones que se han efectuado en ellas. Parece aceptarse el hecho de que las unidades independientes son igual de seguras. Todos estos centros deben contar con recursos para atender cualquier complicación. También se toman medidas para asistencia cardiológica, reanimación cardiopulmonar y traslado rápido a un hospital si fuera recomendable.

4. DESARROLLO DE LA UNIDAD PARA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (45).

El proceso de desarrollo de la unidad para cirugía mayor en base externa varia considerablemente, dependiendo de si es dependiente del hospital o independiente. Sea cual sea la localización, deben satisfacer determinados criterios antes de iniciar el desarrollo en sí. Un solo individuo o grupo pequeño no pueden planear, construir, y administrar optimamente una unidad para cirugía mayor ambulatoria sin amplio apoyo.

El grupo que se propone desarrollar un centro de este tipo debe lograr tres objetivos:

1.- Debe determinarse que existe la necesidad de dicha unidad. Se necesita el estudio de factibilidad objetivo y conservador. Dicho estudio deberá evaluar el volumem quirúrgico actual de la comunidad y su área de referencia, y analizar que proporción de él se atiende en caracter de ambulatorios. Deberá tomarse en cuenta si exíste o no unidades similares o comparables en el área. El estudio, debe investigar con detenimiento el posible personal quirúrgico de la unidad y predecir la disponibilidad de los cirujanos para intervenir como externos, a pacientes a los que por el momento se operan como hospitalizados. La necesidad de una unidad de cirugía ambulatoria en ocasiones se equipara con la necesidad de camas quirúrgicas, deben crearse cuando menos,

algunas de ellas para pacientes ambulatorios, lo que resulta menos costoso. Se recomienda aún a instituciones con un número de camas quirúrgicas excesivo, no pasar por alto los beneficios de la cirugía ambulatoria. Por el contrario, una institución puede contemplar la realización en una unidad construída con el espacio que ocupaban algunas de estas camas, y convertir el espacio excesivo restante en otros servicios que produzcan dividendos.

2.- Los miembros que planean desarrollar la unidad deben estar informados a fondo sobre las condiciones actuales de la cirugía mayor ambulatoria. Es una empresa larga y costosa. Es preciso reconocer su costo, tiempo, esfuerzo y dinero, y que es fundamentalmente un desarrollo cuidadoso, concienzudo y en ocasiones laborioso. También hay que tener presente el personal experimentado que se requiere para la planeación y administración de un centro así, los posibles cambios en la práctica quirúrgica y en patrones de envio que puedan surgir en la comunidad médica si el proyecto logra éxito.

3.- En tercer lugar, los miembros del grupo que lo propone deben estar convencidos de que existe un compromiso sincero por parte de la institución existente y quienes la dirigen (personal médico, administración, junta directora) o de todo el grupo que participará en la unidad independiente.

Una vez que los miembros del grupo han satisfecho los requisitos mencionados, deben considerar la factibilidad financiera de la unidad.

5. ORGANIZACION DE UN PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA MAYOR (67).

La finalidad de un programa de cirugía ambulatoria es realizar intervenciones quirúrgicas electivas bajo anestesia local, general y regional en un medio seguro, en el cual, el paciente se recupera y es dado de alta hospitalaria el mismo día, al cuidado de un adulto responsable.

El horario de las intervenciones quirúrgicas va desde las 08:00 am. a las 05:00 pm. de Lunes a Viernes.

Los objetivos son:

1.- Mantener atención de calidad a los pacientes, proporcionando un medio quirúrgico y de recuperación seguros para los procedimientos programados.

2.- Brindar horarios para operaciones que sean cómodos tanto para el enfermo como para el médico.

3.- Ofrecer personal cualificado que satisfaga las necesidades de pacientes, familiares y médicos.

4.- Garantizar que todos los miembros del personal reciban el entrenamiento necesario para desempeñar las labores que se les asignen.

5.- Proporcionar educación adecuada al paciente en los periodos pre,trans y postoperatorio.

6.- Garantizar que se cubran y mantengan expedientes médicos para todos los enfermos atendidos.

7.- Salvaguardar el caracter confidencial de información relativa a los pacientes.

8.- Integrar un plan para desastres.

9.- Garantizar intimidad, respeto y dignidad a todos los pacientes, sin distinción de raza, credo, sexo, recursos económicos o limitaciones físicas.

10.- Garantizar que se mantengan informados a los familiares o amigos de los enfermos mientras esperan.

11.- Proporcionar al paciente instrucciones para su atención subsecuente al darlo de alta.

12.- Brindar asistencia a los pacientes impedidos para su comunicación y transporte.

13.- Ofrecer instrumental, material y equipo para los procedimientos quirúrgicos programados a los mejores costos.

14.- Facilitar educación continua a todos los integrantes del personal para su desarrollo.

Criterios: (según el Sameday Surgery Center) se aplican los siguientes criterios de cirugía ambulatoria a enfermos e intervenciones en dicho centro.

1.-Procedimientos quirúrgicos que rebasan la capacidad de la mayor parte de consultorios médicos pero que no requieren hospitalización.

2.- Procedimientos que no interesan a las principales cavidades del cuerpo.

3.- Una persona responsable, mayor de 18 años, debe acompañar al paciente al hospital y de vuelta a casa, para brindarle atención.

4.- Se requieren consentimientos válidos para operar, incluyendo algunos de tipo especial.

5.- Aprobación de un anestesiólogo para intervenciones bajo anestesia general, local (con supervisión de enfermera especialista en anestesia) ó regional.

6.- Debe cubrirse la obligación financiera de la oficina de administración.

7.- Los resultados de estudios diagnósticos preoperatorios deben tenerse a mano antes de operar, a solicitud del anestesiólogo o cirujano.

8.- Interrogatorio y exploración física de todo individuo sometido a intervención quirúrgica bajo anestesia general, regional o local supervisada y procedimientos locales mayores.

9.- Se consigna el diagnóstico preoperatorio antes de la intervención.

10.- Educación del paciente en el pre y postoperatorio.

11.- Expediente médico.

Organización de enfermeria (Sameday Surgery Center) (45). El centro debe estar provisto de personal capacitado que se distribuye según sus aptitudes, experiencia y conocimiento del trabajo. En todo momento se debe contar con el personal de enfermeria titulada y cualificada. Al momento de contratarlos, en el Sameday Surgery Center del Presbyterian Hospital en Charlotte, Carolina del Norte, se proporciona a todos los empleados un programa de orientación, cada persona recibe una descripción de su trabajo, que define sus responsabilidades. Se lleva a cabo una reunión de los departamentos del personal del

centro cada mes, o con mayor frecuencia si es necesario, proporcionandose educación continua obligatoria, que incluye temas como incendios, seguridad, control de infecciones, reanimación cardiopulmonar y mecánica corporal. Como ejemplo de estas actividades, la enfermeria de la unidad de cirugía ambulatoria del Maine Medical Center (68) desarrolla, evalua y reforma un programa para seguimiento, progreso y grado de satisfacción del paciente después de la cirugía. Existen diversos métodos de seguimiento, entre ellos la llamada a las 24 horas de la cirugía, con el propósito de comprobar el estado de ánimo del paciente y la percepción de su cirugía.

6. SELECCION DE PACIENTES PARA CIRUGIA AMBULATORIA.

La facilidad para el éxito de la cirugía ambulatoria es la buena selección del paciente llevada a cabo por el cirujano y el anestesista (49) esta selección es importante tanto en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

El apropiado desarrollo de la cirugía de día depende de cuatro factores básicos:

- El paciente.
- La enfermeria.
- El proceso quirúrgico.
- Las consideraciones anestésicas.

En 1980, un estudio de los procedimientos quirúrgicos efectuados en centros quirúrgicos libres, en pacientes ambulatorios en E.E.U.U, emprendido por la asociación libre de cirugía en pacientes ambulatorios, reveló que se hallaban entre los diez procedimientos más frecuentes efectuados los siguientes: (tabla n.1)

	PACIENTES	PORCENTAJE%
DILATACION Y RASPADO	13223	17.2%
MIRINGOTOMIA	10251	13.4%
LIGADURA TUBARICA	7457	9.7%
PROCEDIMIENTOS ORTOPEDICOS	5895	7.7%
PROCEDIMIENTOS DENTALES	4039	5.3%
EXTIRPACION LESION DERMICA	3813	5.0%
LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	2865	3.7%
AMIGDALECTOMIA-ADENIODECT	2725	3.6%
CISTOSCOPIA	2347	3.1%
ARTROSCOPIA	2064	2.7%
	54679	71.4%

Tabla n. 1.(según FASA STATISTIC reveal top 10 procedures Same-day Surgery 5: 48 1981.) (69).

Si agrupamos dichos procedimientos según especialidades quirúrgicas:

ESPECIALIDAD QUIRURGICA	PORCENTAJE%
GINECOLOGIA	30.7%
ORL	18.7%
ORTOPEDIA	11.2%
CIRUGIA PLASTICA	8.8%
CIRUGIA GENERAL	7.4%
UROLOGIA	5.4%
CIRUGIA DENTAL	5.3%
OFTALMOLOGIA	1.6%
PROCEDIMIENTOS ALIVIAR DOLOR	1%

Se calcula que aproximadamente el 20-40% de la cirugía de pacientes internados en hospitales podría practicarse en medio ambulatorio (34)

Dentro de la cirugía general, los procedemientos más frecuentes realizados son:

Hernias: -Umbilicales -Epigástricas

-Inguinales -Incisionales

Varices miembros inferiores.

Sinus pilonidal.

Patología anal: -Hemorroides -Fisuras -Fístulas

-Dilatación -Pólipos -Biopsias

-Condilomas

Tecnicas diagnósticas y/o terapéuticas: -Broncoscópia

-Esofagoscópia -Sigmoidoscópia

Abcesos de cualquier localización: Excisión y drenaje.

Lesiones benignas de la mama: -Biopsias de lesiones sospechosas.

-Ginecomastias.

-Colocación o retirada de prótesis.

-Abcesos subaerolares recurrentes.

-Extirpación de implante mamario.

Quiste del conducto tirogloso.

Biopsia: -Piel -Músculo -Adenopatías cervicales.

Lipomas o quistes sebaceos.

Lesiones piel: -Melanomas, nevus, injertos.

Hidrosadenitis axilar.

Cuerpos extraños.

Granulomas . Intolerancia suturas. Friederich.

Heridas, desgarros, reconstrucción.

Uñas incarnatas. Distrofias ungüeales.

(Procedimientos realizados en cirugía general ambulatoria. Modificada de DETMER, D.E., BUCHANAM-DAVIDSON, D. J.) (70)

Las herniorrafias constituyen el capitulo más amplio en el programa de cirugía ambulatoria, y dentro de las listas de espera en los grandes Hospitales son de las que más han esperado para su cirugía, los cirujanos en un principio remisos a la utilización de la anestesia local, cada vez la utilizan más satisfactoriamemte (28,71-73).

7. EVALUACION PREOPERATORIA (44).

7.a. Evaluación prequirúrgica:

Al evaluar un paciente ambulatorio propuesto para cirugía mayor, el cirujano debe realizar un juicio específico de las condiciones del caso. Es responsabilidad del cirujano efectuar un juicio individual en cada enfermo quirúrgico ambulatorio, que tome en cuenta: (44,74,75).

1.- La edad.
2.- Condiciones físicas y mentales.
3.- Riesgo anestésico.
4.- Actitud de la persona respecto a operarse fuera del hospital.
5.- Situación social y familiar.
6.- Si la magnitud de la intervención propuesta cae dentro de las normas y costumbres actuales de la cirugía en pacientes ambulatorios de esa comunidad.

Existen ciertos procedimientos quirúrgicos cuya magnitud hace necesario realizarlos en un hospital. Hay muchas intervenciones menores que pueden llevarse a cabo sistemáticamente en el consultorio del médico, servicio de urgencia o consulta externa con anestesia local y dando de alta a la persona de inmediato.

Entre estos dos extremos del espectro quirúrgico se encuentra un gran número de operaciones que, dados el individuo y las circustancias adecuados, pueden efectuarse en el paciente ambulatorio. Es obligación y responsabilidad del médico, de acuerdo con el enfermo tomar la decisión. En cada sujeto propuesto son importantes los factores fisiológicos, psicológicos y sociales.

Factores fisiológicos: Casi todos los pacientes elegidos para cirugía mayor ambulatoria corresponden a la clase I de condición física según la tabla de la American Society of Anesthesiologist (ASA). Son personas sin alteración organica, fisiológica , bioquimica o psiquiátrica alguna. Ademas de ellos, la mayoría de la clase II tienen también un riesgo aceptable, son sujetos con una alteración general leve o moderada de fácil corrección. Algunos ejemplos son la diabetes ligera que se trata con dieta o medicamentos vía oral, hipertensión esencial leve, obesidad moderada y bronquitis crónica. Los enfermos de clase III de ASA suelen operarse hospitalizados; sufren algún transtorno general más o menos grave, como diabetes que requiere insulina, hipertensión grave o angina de pecho. No obstante, hay excepciones raras. Epstein (76) escribió: "En ocasiones puede elegirse a un paciente con alguna enfermedad grave (para un procedimiento mayor ambulatorio) si se cree que la hospitalización de un día, al siguiente, conlleva más riesgo que

al tratarlo como ambulatorio". Explica que "un ejemplo sería el enfermo leucemico en el cual el riesgo de adquirir una infección de otro paciente o del personal del hospital pone en riesgo la vida". Lógicamente, los cirujanos se han preocupado por la conveniencia de intervenir cuando existe una enfermedad general preexistente. Al estudiar este tema, Natof (77,78) identificó 15 entidades patológicas diferentes, que merecen consideracion (tabla n. 2).

Descubrió que en un medio quirúrgico para pacientes ambulatorios bien controlados, la mayoría tenían resultados excelentes.
El estres aunado a cirugía ambulatoria, no pareció aumentar las complicaciones sobre las que se presentan en un grupo de personas sanas sin enfermadad. Natof (77) en su estudio verifica los resultados de un estudio prospectivo de 13433 pacientes de cirugía ambulatoria, en las que se presentan 106 complicaciones quirúrgicas y anestésicas como nos indica el siguiente cuadro (tabla n.3).

Al destacar los beneficios de la cirugía mayor ambulatoria, NATOF descubrió que este método era ideal para diabéticos dependientes de insulina, ya que el restablecimiento de su metabolismo preoperatorio depende en gran medida de que reinicien dieta y actividad normales, en consecuencia mentener a esta clase de individuos fuera del hospital brinda una ventaja adiccional.

ENTIDAD PATOLOGICA	N. PACIENTES	%PAC.ENF.GEN.PREEXISTENTE
HIPERTENSION	560	22.9
ASMA	373	15.3
NEFROPATIA	256	10.5
CARDIOPATIA	229	9.4
TRANSTORNO SNC.	180	7.4
ENF. HEPATICA	161	6.4
OBESIDAD	147	6.0
DIABETES SACARINA	107	4.4
ALERGIAS MULTIPLES	95	3.9
OTRAS	89	3.5
NEUMOPATIAS	83	3.4
ARTRITIS	62	2.5
HIPOTIROIDISMO	44	1.8
ENF.GASTROINTESTI.	36	1.5
HIPOGLUCEMIA	22	0.9

Tabla n. 2. tomada del Systemic disease patients proven acceptable for ambulatory surgery. Same-Day Surgery. 5:43, 1981. (78)

HEMORRAGIA	74p.
INFECCION	10p.
PERSISTENCIA DE NAUSEA Y VOMITO	04p.
LESION INTESTINAL	01p.
PERFORACION COLON TRANSVERSO	01p.
OBSTRUCCION INTESTINAL	01p.
DISTENSION ABDOMINAL	01p.
PERFORACION UTERINA	01p.
EDEMA AMIGDALAR	01p.
BRONCOESPASMO	01p.
LARINGOESPASMO	02p.
INFECCION RESPIRATORIA	01p.
URGENCIA DIFERIDA	01p.
EDEMA SUBGLOTICO	01p.
FLEBITIS QUIMICA	04p.
REACCION PSICOSOMATICA	02p.

Tabla n.3. Cuadro de complicaciones quirúrgicas en el estudio prospectivo de 13433 pacientes de cirugía ambulatoria. Tomada de NATOF, H.E. 1980 (77).

La edad del sujeto es importante, aunque no crucial. A excepción de los niños prematuros, que no son aptos para este tipo de atención por la inmadurez de los sistemas vitales, los lactantes y los niños bien desarrollados toleran muy bien la cirugía ambulatoria mayor (79-82). Se han estudiado y descrito a fondo los efectos emocionales adversos del ingreso a un hospital y el valor de que los padres participen en la atención de sus hijos, sobre todo cuando se efectua una operación (83). Steward (84) demostró a fondo que el tratamiento ambulatorio ofrece especial beneficio en el aspecto de la angustia de separación. En 1964, Lawrie (85) escribió: Pronto se hizo evidente que los padres preferían que sus hijos fueran operados y dados de alta hospitalaria el mismo día, porque los niños también lo preferían, y que la familia se alteraba mucho menos, tanto en el momento como después. Muchos niños pequeños son infelices en el hospital, y al volver a casa estan desconcertados y son descorcentantes durante días o semanas. Por el contrario, el niño que vuelve a casa el mismo día no sufre estos efectos de la separación.

Como en todos los grupos, el estado psicológico del enfermo es más importante que su edad cronológica. Aunque es cierto que en un paciente mayor se recuperará con más lentitud que uno joven, muchos individuos de edad avanzada, en buenas condiciones fisiológicas y mentales toleran bastante bien la cirugía mayor ambulatoria. Es obvio, que no se les debe excluir categoricamente de los beneficios de este tipo de atención.

Factores psicológicos: (70) Uno de los objetivos y bondades de la cirugía mayor ambulatoria es atenuar el efecto emocional de la intervención, en adultos y niños, dado que se consigue una atmósfera más relajada, atención más individualizada y personalizada.

Sin embargo, es importante el estado psicológico de cada paciente y se le debe evaluar. Obviamente en los pacientes con alteraciones psiquiátricas verdaderas, se les tratará mejor hospitalizados, además, existen individuos bien adaptados pero que se sienten inseguros si no se les hospitaliza. Estas personas deben recibir una información minuciosa de que sus condiciones generales son buenas y que no sufren enfermedad importante, se les debe explicar la mecánica de su estancia en la unidad y el mecanismo de funcionamiento; si se explica correctamente, pocos enfermos rehusaran este tipo de tratamiento. Si con estas premisas, el paciente continua insistiendo con su hospitalización, debemos acceder a esta.

Factores sociales: El cirujano que evalua un paciente para someterlo a cirugía mayor ambulatoria y lo encuentra aceptable fisiológica y psicológicamente, debe indagar aún más antes de tomar la decisión. Es preciso investigar el fondo familiar y social del individuo. Es importante la distancia entre la casa del paciente y la unidad; no es deseable que el viaje sea mayor

de una hora. Una persona que vive dentro de este margen , podrá volver al cirujano si lo requiere.

Es lógico que los enfermos durante el postoperatorio no se valgan a sí mismos como antes de la operación, si no se les puede conseguir ayuda, se les debe hospitalizar, especialmente a los que viven solos. Trabajadores sociales del hospital o de la comunidad pueden obtener servicio doméstico, enfermeras visitantes , voluntarios o similares.

En estos últimos años, una cierta categoría de individuos, a quienes no se consideraban aptos para este tipo de atención se han convertido en excelentes candidatos y pacientes ambulatorios satisfechos. Se trata de personas que viven en asilos de ancianos, hogares de enfermos, hospicios, instituciones educativas o penales, estos sujetos son ideales para cirugía ambulatoria dado que según la dimensión y tipo de institución, los cuidados postoperatorios pueden estar a cargo de médicos, asistentes médicos, enfermeras, técnicos capacitados , familiares o amigos bajo supervisión.

En el momento actual en que resulta fundamental controlar los costos explosivos de la atención a la salud , cirujanos y otros médicos, pacientes y público en general deben recordar que la cirugía ambulatoria es factible dentro de todas las

especialidades quirúrgicas actuales (36,41).

En U.S.A. es asombrosa la diversidad de tipos y cantidad de pacientes que se tratan en las distintas unidades. Muchas intervenciones de este tipo contribuyen considerablemente a abaratar los costos de los servicios médicos, así como a satisfacer a los enfermos.

Una vez considerados los requisitos fisiológicos, psicológicos y sociales para someterse a cirugía mayor ambulatoria, el cirujano tiene además la responsabilidad de obtener una historia clínica y registrar los datos de la exploración física, ordenar los estudios de laboratorio y radiograficos necesarios,(86) obtener un consentimiento informado para la operación e instruir al paciente.

La historia clínica y la exploración física pueden realizarse en el consultorio del cirujano cuando se toma la decisión de operar. El tipo de extensión de la historia clínica varian, es posible emplear los mismos que para pacientes hospitalizados, pero casi todas las unidades han adoptado ya una forma breve , aprobada para empleo en hospitalizaciones de corta estancia, ya que resulta adecuada y ahorra tiempo.

Existe debate sobre que estudios de laboratorio o radiograficos son aconsejables cuando se va a realizar la cirugía mayor ambulatoria, y la costumbre varia. En lineas generales, diversos autores (44) solicitan citología hemática completa y análisis de orina en todo paciente, pero en lactantes y niños pequeños, en ocasiones se obvia este segundo punto. Se anotan la temperatura, frecuencia cardiaca, presión arterial y peso. Es preferible un método individualizado, que deje a juicio del cirujano el número y tipo de pruebas que se realicen en lugar de exigir estudios múltiples en todos los casos. En los adultos que van a recibir anestesia general, se pide radiología de torax (44) y electrocardiograma en las personas mayores de cuarenta años, así como análisis clínicos y hematológicos que se consideren necesarios o aconsejables. La JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS (JLAIT) de USA (87) propone sus normas de 1981 : " Cuando se brindan servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios, las normas y procedimientos deben ser congruentes con los que se aplican a cirugía, anestesia y recuperación postoperatoria en hospitales".

7.b.Evaluación por anestesiología.

En los comienzos de la cirugía ambulatoria la selección de los individuos más sanos para estos procedimientos, como lo analizan Patterson y colaboradores (65), fue un hecho fundamental. A la luz de más de un decenio de experiencia en este campo, ya no resulta tan transcendental, y se aceptan pacientes con diversos grados de salud para operarles en calidad de externos. La clasificación ASA del estado físico como pronóstico del riesgo que se aplica a los pacienes antes de la anestesia y la intervención quirúrgica, es muy útil para realizar la selección de los pacientes. Ha sido elaborada por la AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST en 1963 (88) y consta de cinco clases y una subclase denominada urgencias.

.-**CLASE I:** Pacientes sanos. No existe alteración orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica. El proceso patológico que ocasiona la intervención está localizado y no entraña una alteración general. Son ejemplos de ello : 1) un paciente sano con hernia inguinal. 2) Mioma uterino en una mujer por lo demás sana.

.-**Clase II:** Pacientes con alteraciones generales de leves a moderadas, producidas ya sea por el trastorno que se va a tratar quirúrgicamente o por otros procesos fisiopatológicos y que no

presentan limitación funcional. Ejemplo de ello son cardiopatía orgánica no limitante, diabetes leve, hipertensión esencial controlada o anemia. Algunos clínicos prefieren incluir las edades extremas en esta categoría, o sea el neonato o el octogenario, aunque no halla enfermedad discernible. La obesidad y la bronquítis crónica leve pueden incluirse en esta categoría.

.- **Clase III:** Alteración o enfermedad general grave de cualquier origen, con limitación funcional definida. Son ejemplos de ella cardiopatía orgánica con limitación , diabetes avanzada con complicaciones vasculares, insuficiencia pulmonar moderada a grave.

.- **Clase IV:** Enfermedad sistemica grave que amenaza constantemente la vida, y no siempre es susceptible de corrección quirúrgica. Ejemplo de ello son: cardiopatía orgánica con signos intensos de insuficiencia cardiaca, angina persistente o miocarditis activa y grados avanzados de insuficiencia pulmonar, hepática, renal o endocrina.

.-**Clase V:** Paciente moribundo con pocas posibilidades de supervivencia en 24 horas, con o sin intervención. Es el caso del aneurisma abdominal roto con choque profundo, traumatismo cerebral grave con elevación progresiva de la presión intracraneal y embolia pulmonar masiva.

Operación de urgencia (E): Se considera que un paciente en cualquiera de las clases anteriores, si se interviene de urgencia, estará en peores condiciones. Se anota la letra E junto a la clasificación numérica. Así pues, cuando existe una hernia que de pronto se estrangula y genera náusea y vómito, se le clasifica como IE.

Además de valorar el riesgo de los pacientes para poder realizar una selección de los mismos, es pertinente enumerar unas cuantas contraindicaciones a la cirugía ambulatoria derivada de la experiencia de autores en este campo (44).

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:

1.- Retardo mental profundo sobre todo si no se cuenta con buena atención pre y postoperatoria en domicílio.
2.- Enfermedades altamente infecciosas.
3.- Aparición de infección de vías aereas superiores.
4.- Temperatura superior a 38°C.
5.- Pacientes en choque o traumatizados.
6.- Pacientes clase V de la ASA.
7.- Lactantes prematuros menores de tres meses de edad.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS.

1.- Rinorrea u otra infección de vías respiratorias altas.

2.- Pacientes muy obesos (riesgo de problemas postanestésicos).

3.- Asmaticos mal controlados.

4.- Anemia grave no corregible.

5.- Ancianos con enfermedades múltiples.

6.- Neonatos para cirugía electiva.

7.- Prematuros de entre tres y seis meses de edad.

8.- Distancia y tiempo excesivos al domicilio del enfermo.

9.- Supervisión y atención inadecuadas en el pre y postoperatorio.

(Tabla recogida de Clin. Qx. North. Am. Davis .J. Sugioka) (44).

Objetivos de la anestesia en cirugía ambulatoria: (89).

Los principales objetivos de la anestesia en cirugía ambulatoria son:

- Seguridad.
- Comodidad.
- Buena analgesia.
- Tiempo de recuperación corto.
- Efectos seundarios mínimos.

Así también se cubren las cinco necesidades básicas:

- Lucidez de conciencia.
- Deambulación precoz.
- Analgesia.
- Tolerancia alimentaria.
- Diuresis.

Ello es especialmente importante en la cirugía ambulatoria, ya que la aparición de mareos, náuseas, vómitos, dolor, somnoliencia, pueden obligar al ingreso del paciente y se considera como una complicación mayor.

El tratamiento anestésico se divide en distintos apartados : (20,90-92)

7.b.1.- ***MEDICACION PREANESTESICA.***

7.b.2.- ***ANESTESIA LOCAL Y REGIONAL.***

7.b.3.- ***ANESTESIA GENERAL.***

La elección de la técnica anestésica se hará en función de la intervención quirúrgica y del paciente. La aceptación por parte de éste es fundamental, evitandose de esta forma los efectos secundarios causados por la ansiedad a lo desconocido. Las técnicas anestésicas más comunmente utilizadas son las enunciadas anteriormente, pudiendo combinarlas entre sí.

El tratamiento anestésico debe tener en cuenta la medicación que toma habitualmente el paciente, y deberá plantearse dos preguntas:

- ¿ El paciente debe suspender los medicamentos antes de la cirugía?.

- ¿ Se requieren estudios especiales de los pacientes por estos medicamentos?.

En un estudio realizado en 18000 pacientes sometidos a cirugía de corta estancia en una unidad quirúrgica mayor, casi 2000 pacientes tenían enfermedades sistémicas previas y más de 900 tomaban medicamentos específicos para su enfermedad (93). Casi la mitad de estos enfermos tomaban por lo menos un fármaco antihipertensivo; un número importante de pacientes tomaba uno o más medicamentos por cardiopatías, incluyendo glucósidos cardiacos, betabloqueantes, diuréticos, antiarrítmicos, vasodilatadores y anticoagulantes. Otros medicamentos que eran utilizados por los enfermos incluían la insulina y los fármacos para el asma. Sin embargo, ninguna complicación se relaccionó con el uso postoperatorio de medicamentos. Los pacientes deben llevar todos sus medicamentos prescritos y autoprescritos el día de la cirugía.

Hipertensión: En general la hipertensión debe mantenerse controlada antes de la cirugía. Los inhibidores de la MAO, deben suspenderse si es posible dos semanas antes de la cirugía ya que tienen efectos cardiacos impredecibles y a menudo pueden producir hipertensión en pacientes que reciban meperidina o vasopresores. El resto de los fármacos antihipertensívos deben administrarse hasta el mismo día de la intervención.

Cardiopatia e insuficiencia cardiaca: Estos pacientes se pueden clasificar en el grupo clase III de la ASA por lo menos, y no

deben ser tomados en cuenta para cirugía de corta estancia a menos que el procedimiento quirúrgico sea menor y sólo se requiera anestesia local. Los pacientes con cardiopatías menos graves deben tomar los glucósidos cardiacos, los betabloqueantes o los antiarrítmicos con una pequeña cantidad de agua en la mañana del día de la cirugía.

Enfermedad broncopulmonar: Los pacientes con enfermedad respiratoria deben evaluarse de forma individual. El grado de alteración se determina por la historia clínica y examenes apropiados. Muchos pacientes con enfermedades broncopulmonares, requieren la administración de esteroides y antibióticos antes de la cirugía, así como fisioterápia respiratoria.

Diabetes Mellitus: Los pacientes con diabetes mellitus que son controlados mediante hipoglucemiantes orales o con menos de veinticinco unidades de insulina por día, pueden continuar con su tratamiento y suspenderlo el día de la cirugía. En general, los pacientes con diabetes mellitus insulin-dependiente muy grave no deben someterse a cirugía de corta estancia. Los pacientes que si pueden intervenirse en las unidades, se tratan en forma satisfactoria con la administración de una fracción de la dosis de insulina el día de la cirugía y con soluciones glucosadas (al 5 %) comenzando poco después de la llegada del paciente a la unidad quirurgíca, vigilando el estado metabólico

del paciente con la medición de la concentración de glucosa en sangre y orina.

Obesidad: En general, los pacientes obesos no deben someterse a cirugía de corta estancia, sobre todo si su peso corporal es mayor del 30% del peso ideal. La obesidad patológica constituye una sobrecarga para el sistema cardiopulmonar, por lo que estos pacientes desarrollan con facilidad hipoxémia, ademas suelen tener otras enfermedades asociadas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, hepatopatía o insuficiencia cardiaca.

Tratamiento con corticosteroides: Los pacientes que toman corticosteroides durante seis a doce meses antes de la cirugía a menudo deben recibir corticosteroides adicionales en la fase preoperatoria.

Alcoholismo y adicción: Los alcohólicos y adíctos también son malos candidatos para la cirugía de corta estancia. En este grupo se podría incluir pacientes que se automediquen. El alcoholismo crónico se relaciona con diversos transtornos metabólicos; por otra parte, los adictos crónicos suelen tener muchas alteraciones que estan en relación con la toxicomanía, como endocarditis, infecciones superficiales, hepatitis o tromboflebitis.

Tratamiento con fármacos psicotropos: Con excepción de los inhibidores de la MAO, la mayor parte de los fármacos psicotrópicos pueden mantenerse hasta el día anterior a la intervención.

Enfermedades psiquiátricas: Los pacientes mentalmente inestables son un problema potencial, incluso en circustancias ideales. Un adulto normal debe estar dispuesto a proporcionar atención al paciente después de la cirugía. Uno de los beneficios de la cirugía de corta estancia en estos pacientes, sobre todo los jovenes o los ancianos, es que permite el regreso rápido al ambiente familiar; este procedimiento es deseable cuando existe seguridad de atención, de otra manera está indicada la hospitalización.

7.b.1.- ***MEDICACION PREANESTESICA.***

La medicación preanestésica es un importante auxiliar para la anestesia general y local (94) tabla n. 4. Esta puede facilitar el procedimiento al calmar el temor, la ansiedad y proporcionar analgesia. El empleo de narcóticos puede retrasar la recuperación; sin embargo en ningún paciente se debe evitar esta medicación por el temor de que pueda retrasar su alta hospitalaria. Los narcóticos son la causa más comun de náuseas y vómitos en el postoperatorio y una de las razones principiales de la hospitalización de pacientes ambulatorios.

CLASES	FARMACO	Dosis y vía administración
Sedantes	Diacepam Droperidol	4-10 mg (0.05-0.15 mg/kg) iv ó 5-10 mg vo. 2.5 mg (1-4 ml) iv ó im.
Narcóticos	Fentanyl* Meperidina**	50-100 ugr (1-2 ml) iv ó im. 50-100 mg im.

Tabla n.4. Tomaba de PHLIPP , B.K y col. " Local and regional anesthesia. Anesthesia for ambulatory surgery". ***Wetcheler,B.V. Ed. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 1985; 225-274. (94).***

* La combinación de droperidol y fentanyl, esta disponible como innovar, cada mililitro contiene 2.5 mg de droperidol y 50 ugr de fentanyl.

** El uso de narcóticos de acción prolongada como meperidina y morfina por lo general no se recomienda en pacientes de cirugía de corta estancia.

Los cuatro tipos principales de medicamentos utilizados en la premedicación son:

.-Fármacos anticolinérgicos.

.-Narcóticos.

.-Sedantes.

.-Antagonístas de la histamina junto con antiácidos.

.-Fármacos anticolinérgicos.

Los anticolinérgicos (atropina, escopolamina o glicopirrolato) no se indican por rutina en cirugía ambulatoria, debido a que los nuevos anestésicos son menos irritantes que los utilizados anteriormente y porque pueden aumentar o desencadenar los transtornos cardiacos.

.-Narcóticos.

El efecto primario de los analgésicos narcóticos es el alivio del dolor. Estos fármacos son de uso rutinario en la cirugía hospitalaria, sin embargo, sus efectos adversos limitan su uso en cirugía ambulatoria. El alfentanilo (95) es dentro de los narcóticos el más apropiado para su uso en este tipo de cirugía por su breve duración de acción y sus limitados efectos adversos. Los narcóticos de acción prolongada, sobre todo la meperidina y

la morfina, no se recomiendan en pacientes de cirugía de corta estancia.

.- Sedantes.

Los barbitúricos suelen ser fármacos de acción prolongada y por lo tanto no estan indicados en la cirugía ambulatoria. Los tranquilizantes no barbitúricos se estan utilizando con más fracuencia porque actuan sin ocasionar excesiva somnoliencia y potencian la acción de los fármacos anestésicos. Las fenotiacinas y el droperidol son potentes antieméticos (96), y las benzodiacepinas como el diacepam, son útiles para la amnesia y como tratamiento anticonvulsionante. Meridy (97) en una revisión de 1553 anestesias ambulatorias, no encontró diferencias significativas en el tiempo de recuperación entre los pacientes premedicados con diazepam y los no premedicados. JACOBSEN y cols. (98), en una serie prospectiva a doble ciego, tampoco encontraron diferencias entre el grupo premedicado con diazepam y el grupo placebo.

.-Antiácidos y antagonistas de la histamina.

El riesgo de aspiración gástrica y los efectos nocivos del contenido gástrico ácido sobre el aparato respiratorio , han sido un aspecto de preocupación en la cirugía ambulatoria. En los

pacientes con alto riesgo de presentar broncoaspiración, ej: diabéticos, obesos, embarazadas, se pueden administrar antiácidos sin partículas como el citrato sódico con el fin de elevar el pH gástrico. La administración de una dosis de 50 ml de dicho compuesto 1 hora antes de la cirugía aumenta el pH a nivel seguro, a expensas de un ligero incremento del volumen gástrico residual (99).

7.b.2.- ***ANESTESIA LOCAL Y REGIONAL.***

A medida que la cirugía de corta estancia se ha vuelto más popular, ha habido un aumento en el uso de anestésicos locales para el control local o regional del dolor. A menudo los anestésicos locales son administrados por el cirujano. Es muy importante que el paciente acepte y esté en condiciones psicológicas adecuadas para este tipo de anestesia. Obviamente, la anestesia local o regional cuando se administra en forma inadecuada o a un paciente emocionalmente inestable, produce transtornos notables.

Los anestésicos locales pueden clasificarse en dos grupos de acuerdo con su potencia y duración de accion (100):
en el cuadro de la siguiente página podemos observar dicha clasificación (tabla n 5).

CLASIFICACION DE ANESTESICOS LOCALES (según su duración y potencia) (100)

AGENTE	DURA. ANESTESICA (en horas)
Corta duración	
Lidocaína	1 - 2 h.
Mepivacaína	1 - 2 h.
Cloroprocaína	1 - 1 y 1/2 h.
Prilicaína	1 - 2 h.
Larga duración	
Tetracaína	1 y 1/2 - 3 h.
Bupivacaína	3 - 5 h.

Corta duración . REGIONAL	Larga duración. LOCAL.
Bloqueo espinal	0.25% bupivacaína lidocaína.
Bloqueo epidural	
Lidocaína	
Mepivacaína	
Cloroprocaína	
Prilocaína	

Tabla n. 5. Tomada de RYAN, J.A. y cols. " Outpatient inguinal herniorraphy with both regional and local anesthesia". Am .J. Surg. 1984, 148: 313-316. (100).

Las ventajas potenciales de la anestesia local y regional han sido estudiadas por diversos autores, Linares y cols (89). Así este autor nos las enumeran de la siguiente manera:

1.- Solamente es anestesiada el área o extremidad sometida a cirugía.

2.- Las náuseas y los vómitos son poco frecuentes en la anestesia locoregional (estas son las causas más frecuentes de reingreso).

3.- En los bloqueos periféricos, disminuye el riesgo de broncoaspiración.

4.- El tiempo de recuperación es menor con la anestesia loco-regional que con la anestesia general.

5.- Ciertos bloqueos alargan el tiempo de analgesia postoperatoria.

La mayor parte de los anestésicos locales se administran por infiltración de la zona a tratar. En el caso de que la anestesia sea locoregional, el anestésico se situará en las zonas nerviosas, raices o en el espacio subaracnoideo, como en el caso de la anestesia intradural. La combinación de un anestésico regional de acción corta como la lidocaína o mepivacaína más un

anestésico de acción prolongada, ha sido la técnica usada con más éxito para las herniorrafias inguinales, según Ryan y cols (100). Ponka (101) nos describe la realización de la técnica anestésica realizada hoy en día para la cirugía de la hernia con anestesia local que incluye los siguientes siete pasos:

1.- Habón dérmico de aproximadamente dos centimetros por dentro de la espina ilíaca anterosuperior.

2.- Infiltración a este nivel , subaponeurótico "en abanico" de 10 centimetros cúbicos de solución anestésica para bloquear los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico.

3.- Inyección de 10-15 centimetros cúbicos de solución anestésica subcutánea e intradérmica hacia el ombligo y hacia el tubérculo púbico.

4.- Posterior a la incisión de la piel y la fascia de Scarpa, infiltración múltiple subaponeurótica de 10 centimetros cúbicos de solución anestésica.

5.- Después de la excisión del cremaster, infiltración en círculo de toda la base del anillo profundo en las proximidades del saco herniario. En este momento se considera muy útil la infiltración con aguja intradérmica del propio nervio

cremastérico cuya sección junto con los vasos acompañantes suele ser muy dolorosa en caso contrario.

6.- Infiltración en las proximidades del ligamento de Cooper (solo si este va a ser utilizado en la herniorrafia).

7.- Una vez abierto el saco, se realiza infiltración preperitoneal de su base antes de la sección.

El uso de adrenalina con los anestésicos locales prolonga la duración del anestésico, sin demorar el inicio de su efecto. Sin embargo, la adrenalina no debe utilizarse con los anestésicos cuando la vascularidad distal al sitio de la infusión es marginal; estos sitios incluyen partes acras como: dedos de las manos y pies, nariz, oido externo, genitales masculinos. Además, los fármacos adrenérgicos no deben utilizarse en pacientes con cardiopatías inestables a menos que sea absolutamente necesario. El uso de anestésicos locales de acción prolongada, como la bupivacaína al 0.25 % inyectado al corte de la piel y al final del procedimiento, parece limitar el dolor posoperatorio y así estimular la actividad temprana y la deambulación. Con frecuencia esta técnica no solo demora el dolor, sino también lo reduce. Sin embargo, la bupivacaína no se recomienda en niños menores de doce años.

La toxicidad y alergia: La posibilidad de toxicidad sistémica debe ser considerada cuando se utilizan anestésicos locales, en especial cuando son administrados de forma regional para bloqueo de un nervio mayor. La toxicidad sistémica suele ocurrir por la administración intravascular accidental de estos fármacos. La reacción tóxica es ocasionada por el incremento súbito en la concentración sistémica (94). La frecuencia de administración esta directamente relacionada con el grado de tolerancia al medicamento, a mayor tolerancia mayor frecuencia. Otros factores que pueden inducir la toxicidad incluyen el grado de pureza del medicamento, acidósis sistémica y sensibilidad individual muy variable. Las reacciones tóxicas afectan a muchos sistemas. En el SNC, las reacciones varian desde somnoliencia hasta francas convulsiones. La toxicidad cardiovascular aparece de forma inicial como elevación de la presión arterial, y posteriormente, disminución de las resistencias sistémicas y de la contractilidad del miocardio conduciendo al colapso cardiovascular.

7.b.3.- ***ANESTESIA GENERAL.***

La anestesia general es una de las técnicas anestésicas empleada en la cirugía ambulatoria. Para que cumpla su objetivo es importante que utilicemos fármacos de corta acción, con una semivida de eliminación rápida y que tenga una baja incidencia de efectos secundarios como la náusea, vómitos, somnoliencia, cuya aparición obligaría al ingreso del paciente.

Fase de inducción: de los fármacos que disponemos en la actualidad destacamos el propofol, ya que es el fármaco que presenta menor tiempo de recuperación (102) y menos efectos secundarios (103,104). La dosis empleada dependerá del estado físico del paciente (ASA) , de la edad y del uso de la premedicación, pero en general es de 2 mg. Kp -1 por vía intravenosa.

Fase de mantenimiento: los fármacos anestésicos más ampliamente usados son el propofol, el óxido nitroso y los halogenados. El propofol para intervenciones de corta duración, tiene cualidades superiores a los halogenados, presenta un menor tiempo de recuperación (102) y menores efectos secundarios (103,104). Los halogenados más comunmente usados son el halotano, el isoflurano y el enflurano. El enflurano es el que presenta menor tiempo de recuperación. El isoflurano es el anestésico volátil más ampliamente usado por su baja toxicidad potencial.

Los analgésicos narcóticos que presentan menor tiempo de recuperación son el fentanilo, alfentanilo y el sufentanilo (105).

En relacción con los relajantes musculares, los más utilizados en cirugía ambulatoria son los de corta duración de acción, como la succinilcolina, el atracurio y el vecuronio de acción

intermedia. La succinilcolina es ideal para la intubación rápida, pero presenta inconvenientes sobre todo en cirugía ambulatoria ya que se asocia a dolores musculares debido a las fasciculaciones que produce. El atracurio es un relajante muscular no despolarizante que permite la intubación en 3-4 minutos dependiendo de la dosis, su duración esta entre 15-40 minutos en función de la temperatura y el pH (eliminación de Hoffman). Una gran ventaja de este relajante es que su metabolización es independiente del hígado y riñon, aunque puede provocar una reacción histaminoliberadora e hipotensión. El vecuronio es un fármaco seguro por la ausencia de efectos secundarios a las dosis clínicas empleadas. Sin embargo es una desventaja la variabilidad individual que presenta en relacción con el tiempo de recuperación.

La monitorización neuromuscular es importante, bien mediante neuroestimulador (usando el tren de cuatro) o valorando los signos clínicos indicadores de la buena recuperación de la relajación muscular como son :

1.- Ser capaz de levantar la cabeza y mantenerla más de cinco segundos.

2.- Fuerza inspiratoria superior a 20 cm de agua.

3.- Capacidad de toser.

Los fármacos reversores de la relajación muscular residual al final de la intervención como la neostigmina, aumentan la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios (106). No obstante, se deben utilizar para garantizar una adecuada decurarización. Se recomienda suplementar con O2 la reconversión de la anestesia general (107).

8. LA CIRUGIA AMBULATORIA EN ESPAÑA.

Lejos estamos de poder compararnos con Estados Unidos, podriamos decir que nos encontramos en el inicio de surgicenter de Phoenix (56). En nuestro país, a principios de los años 80, algunos grupos desarrollaron con éxito la práctica de intervenciones mayores en regimen ambulatorio. Este tipo de programas se dirigen como en nuestro caso, a patologías muy concretas (108,109) ó a una sóla especialidad quirúrgica, como el grupo del centro médico de Denia que posee una dilatada experiencia en cirugía general sin ingreso (110).

En 1990, se crea en el Hospital de Viladecans, en la Comunidad Autónoma de Cataluña, la que podría considerarse como la primera unidad multidisciplinaria de cirugía mayor ambulatoria (111) , en estos últimos años ya se empieza de forma más frecuente ha hablar de cirugía ambulatoria y de corta estancia en España, se han comenzado a realizar reuniones y jornadas frecuentes como: Reunión de Toledo (1989); Primera reunión internacional sobre cirugía de la pared abdominal", celebrada en Alcalá de Henares (Madrid 1991) ; Barcelona en Mayo y Noviembre (1991) y Febrero (1992); Tarragona en Noviembre (1991) así como reuniones a nivel Europeo, en las que se han debatido en mesas redondas y simposium los criterios y posibilidades,habiendose presentado también diversas comunicaciones reveladoras de la implantación de este programa y experiencia real.

La sociedad española de cirujanos en sus tres últimas reuniones anuales han recogido diversas comunicaciones e incluso en la reunión de Tenerife del año 1993, se dedicó un apartado a la cirugía ambulatoria y de corta estancia. Podemos considerar que este programa ha causado gran revolución en nuestra práctica médico-quirúrgica en solo escasos años de instauración, y que el personal médico reacio en un principio a este tipo de programa cada vez se estan integrando más.

En resumen, podriamos concretrar que el crecimiento y la expansión de la cirugía mayor ambulatoria se debe a tres hechos (35):

1.- La cirugia ambulatoria mayor es ya una forma totalmente aceptada de atención quirúrgica. Tanto el público, como los profesionales de la salud estan convencidos de que este nivel de cuidados quirúrgicos puede y debe proporcionarse extrahospitalariamente.

2.- La cirugía mayor ambulatoria es un fenómeno raro en el cuál todos los participantes se benefician, los pacientes prefieren este tipo de servicio a la hospitalización, porque es más cómodo, rápido, menos perturbador y exige cambios mínimos en los estilos de vida del enfermo y su familia.

3.- La cirugía mayor ambulatoria es eficaz en relacción al costo: este es, quizas, el ejemplo más evidente de economía en el sistema de servicios médicos, en un momento esencial. Al evitarse la hospitalización se favorece el factor de ahorro en los servicios médicos.

III. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS.

1. PLANTEAMIENTO.

De todo lo expuesto hasta ahora, se deduce que los programas de cirugía ambulatoria constituyen una parte muy importante y fundamental, hoy día, en los sistemas sanitarios. Sin embargo, estamos asistiendo a una lenta pero gradual incorporación de los distintos paises a este ámbito. Podemos decir que en los casi 25 años que nos separan del Surgicenter de Phoenix, ya en España hemos ido cambiando nuestros hábitos dentro del mundo quirúgico con óptimos beneficios socio-sanitarios.

Los motivos de la realización de este trabajo han sido:

1.- Los hospitales públicos en los últimos años se ven sometidos a una enorme presión asistencial y deben luchar contra importantes largas listas de espera de enfermos quirúrgicos. En nuestro Hospital según datos del servico de admisión la lista de espera de enfermos quirúrgicos en el año 1990 se situó aproximadamente en 1000 pacientes en término medio.

2.- Existe gran desequilibrio entre el número de camas hospitalarias disponibles y el número de habitantes por área sanitaria. El Hospital de Móstoles, con un total de 479 camas instaladas, 443 funcionantes y 173 pertenecientes a los servicios quirúrgicos, atiende un área de aproximadamente 369.188 habitantes (112), en estos datos podemos contrastar el gran

desequilibrio, dado que se dispone aproximadamente de una cama hospitalaria por cada 1000 habitantes.

3.- El gasto hospitalario se ha incrementado en los últimos años en estancias hospitalarias por proceso / cama / día, dado que todo el mundo tiene derecho a ser atendido en los hospitales públicos, y debido a los grandes avances en los campos diagnósticos y terapeúticos. Se cifra en 10.112.965 (en miles de pesetas) por año.

4.- Exíste beneficio en los programas de cirugía de corta estancia hospitalaria evitando infecciones nosocomiales, ya que el paciente esta ingresado el tiempo suficiente necesario para su recuperación, evitando los riesgos que suponen el ingreso hospitalarios en pacientes que se vulnera su estado defensivo inmunológico por el acto quirúrgico, en nuestro hospital según datos internos del servicio de medicina preventiva, la infección en cirugía programada es del 7,9%.

5.- Mejoras en la hospitalización domiciliaria por parte del personal paramédico.

6.- Apoyo desde el punto de vista administrativo en hospitales públicos de la cirugía ambulatoria por la reducción de costes.

7.- Mayor entusiasmo por parte del personal sanitario por los resultados obtenidos, aunque en un principio, el personal médico quirúrgico se mostró remiso a este tipo de programa, pero según se han ido obteniendo resultados positivos, los facultativos se muestran cada día más partidarios de aplicar este tipo de programas.

Los residentes del servicio de cirugía, apoyan este tipo de programas de cirugía de corta estancia, porque favorece el movimiento en el servicio de pacientes, incrementando así los conocimientos del quehacer quirúrgico.

8.- Ofrece la cirugía ambulatoria mayor intimidad y una respuesta más confortable al paciente, ya que retorna a su entorno familiar a las pocas horas de la cirugía.

9.- Permite mantener los mismos o mejores niveles de seguridad en morbi-mortalidad que los programas de ingreso hospitalario.

10.- La presentación de este programa de cirugía ambulatoria y de alta precoz es la consecuencia del trabajo que se esta realizando desde hace cinco años en nuestro hospital , Hospital General de Móstoles, perteneciente al área número ocho de la Comunidad de Madrid , en el que nos vemos sometídos a una gran presión asistencial, aproximadamente 400.000 habitantes, para 65

camas hospitalarias del que consta nuestro servicio de cirugía. El estudio que hemos llevado a cabo, corresponde a los 3 primeros años de funcionamiento.

Debido a la larga lista de espera en pacientes quirúrgicos, se ha puesto en marcha este programa de cirugía ambulatoria y de alta precoz. Contamos con un total de 9026 pacientes intervenidos en el transcurso de 36 meses, siendo 5595 pacientes de cirugía ambulatoria menor y 3431 pacientes de cirugía ambulatoria mayor. En el momento actual, no hay series globales en nuestro país que superen este volumen de pacientes.

2. OBJETIVOS.

1.- Descripción del desarrollo de programa de cirugía ambulatoria y de alta precoz que hemos desarrollado en nuestro área sanitaria (nº8) de la Comunidad de Madrid.

2.- Descripción de las diversas patologías susceptibles de pertenecer a este tipo de programas.

3.- Evaluar los resultados quirúrgicos globales, morbilidad, mortalidad.

4.- Comparar costos por proceso / día en relaccion con el hospital central, y de tiempo de baja laboral.

5.- Exponer las ventajas para el paciente y grado de confortabilidad y rentabilidad.

IV. MATERIAL Y METODOS.

1. DESCRIPCION SOCIOSANITARIA DEL AREA 8 C.A.M. (112).

1.a.MARCO FISICO:

El Area 8 se corresponde con el vértice suroeste de la Comunidad (figura n.1a y 1b) y sus características geográficas son las propias de una zona de transición entre el área metropolitana, con ciudades como Alcorcón (fotografía n.1), Móstoles (fotografía n.2) o Villaviciosa de Odón (fotografía n.3), y un sector rural que ocupa las comarcas de la Cuenca del río Perales y del valle medio del río Alberche (fotografía n.4).

En la zona metropolitana el modelo territorial es el clásico de las ciudades dormitorio articuladas en torno a una vía de comunicación (la N-V) con un urbanismo no reglado e impersonal. En las localidades como Villaviciosa de Odón, el urbanismo adopta formas más acordes con la ideología del consumo de "aire libre" adoptándose la tipología de viviendas adosadas (fotografía n.3).

El área rural está en cierta medida inducida por el desarrollo de urbanizaciones de segunda residencia. Destacan dos localidades que se constituyen en cabeceras comarcales: Navalcarnero (fotografía n.5) y San Martín de Valdeiglesias. El paisaje natural de esta comarca se conserva relativamente intacto debido

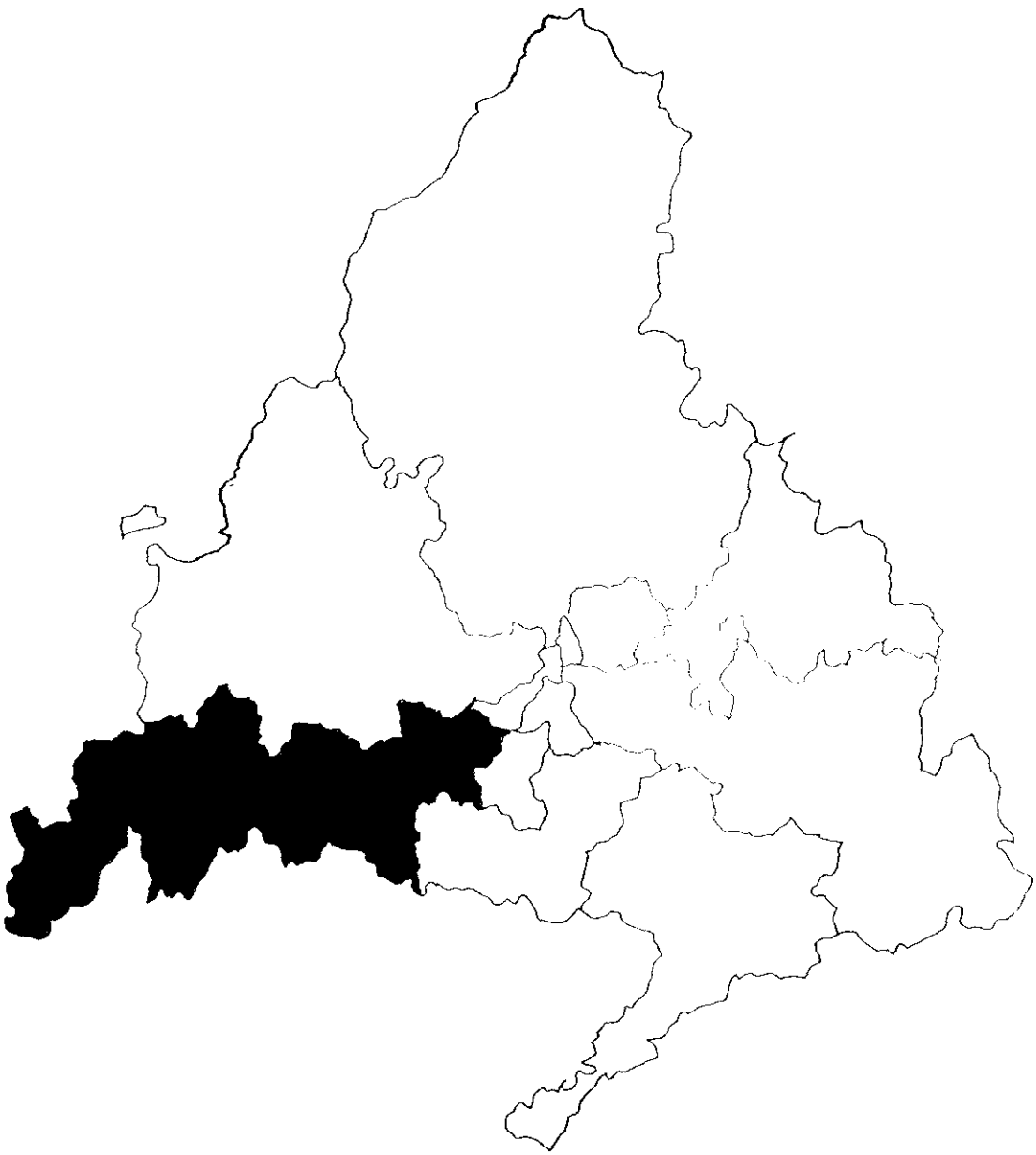


Figura n. 1a. Mapa de la C.A.M. Destacando el área 8. Tomada del MAPA SANITARIO C.A.M. Serie plan estratégico de atención sanitaria. 1990; 3: 59-159.

AREAS SANITARIAS
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

omunidad de Madrid
Consejería de Salud

ción General de Prevención
Promoción de la Salud

ervicio de Epidemiología

Fotografía n.1. Vista panorámica de Alcorcón. Tomada desde la M-40.

Fotografía n.2. Vista panorámica de Móstoles. Tomada desde la N-V.

Fotografía n.3. Vista panorámica de Villaviciosa de Odón. Tomada desde la urbanización " El Bosque".

Fotografía n.4. Vista panorámica del Rio Alberche.

Fotografía n.5. Vista panorámica de Navalcarnero . Tomada desde la N-V.

a la existencia de grandes fincas dedicadas a coto de caza, que han evitado su roturación.

En los municipios del área metropolitana se generan actividades industriales de carácter ligero: pequeñas industrias y almacenes. La población de estas ciudades trabaja por lo general en otros nucleos o en la propia ciudad de Madrid. Las actividades terciarias y comerciales ocupan a vecinos de estas ciudades, propietarios de pequeños negocios.

En la zona rural, las explotaciones agrarias han pasado a un segundo plano, destacando tan sólo los cultivos vitivinícolas, la explotación forestal o los nuevos cultivos "bajo plástico" del valle del Alberche. La economía de estos núcleos se está especializando progresivamente en los servicios a los nuevos residentes, permanentes o de fin de semana.

El sector metropolitano está relativamente bien comunicado con la ciudad mediante autovía (con carril sólo bus) y ferrocarril de cercanias. El problema fundamental de este sector es la excesiva demanda de viajes a Madrid, derivada de la antes citada carencia de empleo en los propios nucleos de población.

1.b. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

El área 8 (Suroeste 1) comprende los distritos sanitarios de Alcorcón, Móstoles y Navalcarnero (fotografías n.1-2-5), que se subdividen a su vez en 17 zonas básicas de salud. (Tablas n. 6 y 7), abarcando una extensión aproximadamente el 13% del total regional, aloja a poco más del 7% de la población. Su densidad de población de 376 hab/Km2 no la perfila, teoricamente, como un área muy densamente poblada en relacción con el resto de las áreas. Sin embargo, considerar la densidad de población del área en su conjunto no debe hacer olvidar que el 94% de sus habitantes se concentra en los tres municipios cabecera de distrito y esto sí es un dato particularmente relevante, para la planificación de servicios sanitarios o de otro tipo de esta zona.

La estructura poblacional, el análisis de su distribución por grandes grupos de edad según el padrón de 1986, muestra al área 8 como una de las más jovenes de la Comunidad, caracterizada por una amplia base de población menor de 15 años (32%) y son una proporción de mayores de 65 años (5.57%) de las más bajas en la Comunidad. Una distribución poblacional que, según las proyecciones de población a 1996, se prevé que evoluvione estrechando su base y achatando su cúspide, al tiempo que su población en edades comprendidas entre 15 y 64 años aumente notablemente (Tabla n. 8).

AREA 8 SUR-SUROESTE I.

Población: 369.188 hab. (población de derecho año 1986).

DISTRITOS	ZONAS BASICAS	MUNUCIPIOS BARRIOS SECTORES
8.1 Móstoles	8.1.1.Móstoles-1	Distrito 1, Sec. 4,7 a 23 Distrito 2, Sec. 7,8,18,19 Distrito 4, Sec.23,24,26,30
	8.1.2.Móstoles-2	Distrito 2, Sec. 9 a 13, 20 a 30
	8.1.3.Móstoles-3	Distrito 2, Sec. 6,14 a 17 Distrito 3, Sec. 2,4 a 7,10 a 16, 19 a 21 25
	8.1.4.Móstoles-4	Distrito 3, Sec.3, 8, 9, 17 18, 22, 23, 26
	8.1.5.Móstoles-5	Distrito 1, Sec. 5 y 6 Distrito 4, Sec. 10 a 17 y 25
	8.1.6.Móstoles-6	Distrito 1, Sec. 1 a 3 Distrito 2, Sec. 1 a 5 Distrito 3, Sec.1 Distrito 4, Sec. 1 a 7
	8.1.7.Villavi-ciosa de Odón	

Tabla n. 6. Tomada del MAPA SANITARIO C.A.M. Serie plan estratégico de atención sanitaria. 1990; 3: 59-159.

DISTRITOS	ZONAS BASICAS	MUNICIPIO BARRIO SECCION
8.2 Alcorcón	8.2.1 Alcorcón-1	Distrito 1,Sec. 1 a 9 Distrito 4,Sec. 1 a 6 y 9
	8.2.2 Alcorcón-2	Distrito 3,Sec. 1,2,5, y 7 Distrito 2,Sec. 1 a 8
	8.2.3 Alcorcón-3	Distrito 2,Sec. 9 a 21
	8.2.4 Alcorcón-4	Distrito 3,Sec. 3,4,6, 8 a 11, 16 a 19 y 23.
	8.2.5 Alcorcón-5	Distrito 3,Sec. 12 a 15, 20 a 22 y 24. Distrito 1,Sec. 10 a 14.
	8.2.6 Alcorcón-6	Distrito 4,Sec.7,8, 10 a 22
8.3 Navalcarnero	8.3.1 Cadalso de los Vidrios	Cadalso de los Vidrios Cenicientos Rozas de Puerto Real
	8.3.2 S.M. de Valdeiglesias.	San Martin de Valdeiglesias Pelayos de la Presa Chapineria Navas del Rey Colmenar de Arroyo.
	8.3.3 Villa del Prado	Villa del Prado Aldea del Fresno
	8.3.4 Navalcarnero	Navalcarnero El Alamo Sevilla la Nueva Villamanta Villamantilla Villanueva de Perales.

Tabla n. 7. Tomada del MAPA SANITARIO C.A.M. Serie plan estratégico de atención sanitaria. 1990; 3: 59-159.

DATOS DEMOGRAFICOS		
Superficie.	933 Km2	
Población de derecho 1986.	total varones mujeres	351.005 174.972 176.003
Porcentajes grandes grupos de edad.	0-14 15-64 65 y más	32.08% 62.35% 5.57%
Porcentaje de mujeres en edad fértil.	15-49	53.11%
Densidad de población.	376 hab/Km2	
Población de derecho 1-1-1989	total varones mujeres	369.188 184.134 185.034

Tabla n. 8. Tomada del MAPA SANITARIO C.A.M Serie plan estatégico de atención sanitaria. 1990; 3: 59-159.

SIGUIENTE

SIGUIENTE

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

CIRUGIA AMBULATORIA Y DE ALTA PRECOZ

TESIS DOCTORAL

JULIAN DE PEDRO CONAL

MADRID- 1995

INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS

La Tesis Doctoral "CIRUGIA AMBULATORIA Y DE ALTA PRECOZ", realizada por D. Julian de Pedro Conal, reune las condiciones de contenido y forma para ser presentada ante el Tribunal Calificador.

V.º B.º
EL TUTOR (2)

Fdo.: _____
(fecha y firma)

Prof. Suárez García

D.N.I.: DNI 9.616.907

El Director de la Tesis

Fdo.: Prof. J. L. Balibrea
(fecha y firma) 5-6-95

D.N.I.: 2.011.048

INFORME DEL CONSEJO DE DEPARTAMENTO

La Tesis Doctoral *"CIRUGIA AMBULATORIA Y DE ALTA PRECOZ"*, realizada por D. Julián de Pedro Conal, ha sido considerada por el Consejo del Departamento apta para ser presentada ante el Tribunal Calificador.

Fecha reunión
Consejo Departamento
6 de junio de 1995

El Director del Departamento

Fdo.: Prof. J. L. Balibrea
(fecha y firma) 7-7-95

AUTOR: JULIAN DE PEDRO CONAL.

TITULO: CIRUGIA AMBULATORIA
Y DE ALTA PRECOZ.

DIRECTORES: JOSE LUIS BALIBREA CANTERO.
Director del departamento de
Cirugía.

FACULTAD DE MEDICINA. U.C.M.

ANGEL SUAREZ GARCIA.
Profesor titular U.C.M.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
SECCION O DEPARTAMENTO : CIRUGIA.
FACULTAD DE MEDICINA.
AÑO: 1995.

El presente trabajo ha sido realizado en el Hospital General de Móstoles, bajo la dirección del Dr. Don José Luis Balibrea Cantero y del Dr. Don Angel Suarez Garcia.

Tu planeta es tan pequeño que puedes recorrerlo en tres zancadas. No tienes más que caminar bastante lentamente para quedar siempre al sol. Cuando quieras descansar, caminarás... y el día durará tanto tiempo como quieras.

Antoine de Saint-Exupery.

AGRADECIMIENTOS.

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Don. José Luis Balibrea Cantero por su constante orientación, ayuda y estimulo durante la realización de este trabajo.

Quiero asi mismo agradecer al Dr. Don Angel Suarez Garcia, Jefe de Servicio del Hospital de Móstoles, su gran ayuda y apoyo en este trabajo, especialmente en la parte final del mismo, sin cuya colaboración no habría podido salir adelante.

Agradezco también a la Dra. Dña Rosa Cuberes Monserrat, Dra. Rosario Alises Sanz y Dra Victoria Gándara su valiosa colaboración en distintas etapas de este estudio, así como a todos los miembros del servicio de cirugía del Hospital de Móstoles.

Igualmente quiero agradecer al Dr. Roberto Fernandez Roldan, Dra Ana Botella Gregori, D. José Ubide y D. Juán Bautista de la Cruz la colaboración prestada en distintos aspectos de este trabajo.

Finalmente, deseo agradecer a mis padres y hermana, su cariño y apoyo durante la realización del mismo.

A mis padres

y hermana.

INDICE.

INDICE

Págs

I. INTRODUCCION..... 1

II. FUNDAMENTOS..... 9

1. Historia.....10

2. Ventajas y desventajas de la cirugía en pacientes ambulatorios.....17

2.a. Ventajas.....17

2.b. Desventajas.....20

3. Modelos de unidades de Cirugía ambulatoria.....22

3.a. Unidad integrada en el hospital.....22

3.a.1. Ventajas.....23

3.a.2. Desventajas.....24

3.b. Unidad autónoma controlada por el hospital.....25

3.b.1. Ventajas.....26

3.b.2. Desventajas.....27

3.c. Unidad satélite de hospital.....28

3.c.1. Ventajas.....28

3.c.2. Desventajas.....29

Págs

3.d. Unidad independiente.....29

3.d.1. Ventajas.....30

3.d.2. Desventajas.....32

4. Desarrollo de una Unidad de Cirugía ambulatoria.....33

5. Organización de un programa de Cirugía ambulatoria.....36

6. Selección de pacientes.....41

7. Evaluación preoperatoria.....46

7.a. Evaluación prequirúrgica.....46

7.b. Evaluación por anestesiología.....56

7.b.1. Medicación preanestésica.....65

7.b.2. Anestesia local y regional.....69

7.b.3. Anestesia general.....74

8. La cirugía ambulatoria en España.....78

III. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS.....81

1. Planteamiento.....82

2. Objetivos.....86

Págs

IV. MATERIAL Y METODOS.....87

1. Descripción sociosanitaria área 8 CAM.....88

1.a. Marco físico.....88

1.b. Características sociodemográficas.....96

2. Oferta sanitaria.....101

2.a. Recursos físicos.....101

2.b. Recursos humanos.....106

3. Demanda sanitaria área 8 CAM.....108

3.a. Utilización de servicios.....108

3.b. Demanda de servicios.....109

4. Periodo de tiempo de estudio.....111

5. Método.....121

6. Total de enfermos.....123

6.a. Enfermos de cirugía menor ambulatoria.....123

6.b. Enfermos de cirugía mayor ambulatoria.....129

6.b.1. Hernias pared abdominal.....129

6.b.2. Sinus pilonidal.....137

6.b.3. Patología anal.....142

Págs

6.b.4. Varices de miembros inferiores.....150

6.b.5. Patología mamaria, Tumores benignos mamarios, mastitis.....156

6.b.6. Lipomas gigantes.....162

7. Tratamiento postoperatorio.....165

V. RESULTADOS.....167

1. Cirugía menor ambulatoria.....168

2. Cirugía mayor ambulatoria y corta estancia.....169

2.a.Hernias de la pered abdominal.....169

2.a.1. Evolución.....169

2.a.2. Morbimortalidad.....169

2.a.3. Recidivas.....170

2.b. Sinus pilonidal.....172

2.b.1. Evolución.....172

2.b.2. Morbimortalidad.....172

2.b.3. Recidivas.....174

Págs

2.c. Patología anal.....175

2.c.1. Evolución.....175

2.c.2. Morbimortalidad.....175

2.c.3. Recidivas.....177

2.d. Varices miembros inferiores.....178

2.d.1. Evolución.....178

2.d.2. Morbimortalidad.....178

2.e. Patología mamaria.....181

2.e.1. Evolución.....181

2.e.2. Morbimortalidad.....181

2.f. Lipomas gigantes.....183

2.f.1. Evolución.....183

2.f.2. Morbimortalidad.....183

3. Repercusión económica global. Costes por proceso y estancia media global.....185

3.a. Hernias pared abdominal.....187

3.b. Sinus pilonidal.....187

3.c. Proctología.....188

Págs

3.d. Varices de miembros inferiores.....188

3.e. Patología mamaria.....189

3.f. Lipomas gigantes.....189

VI. DISCUSION.....190

1. Generalidades.....191

2. Datos clínico-experimentales.....198

2.a. Herniorrafia ambulatoria.....198

2.b. Sinus pilonidal.....201

2.c. Cirugía proctológica.....204

2.d. Varices de miembros inferiores.....206

2.e. Miscelanea (lipomas y patol. mamaria).....209

2.f. Estancia media global.....210

VII. CONCLUSIONES.....213

VIII. BIBLIOGRAFIA.....216

I. INTRODUCCION.

I. INTRODUCION.

Uno de los cambios más estimulantes, oportunos y satisfactorios de la práctica quirúrgica tradicional, es el desplazamiento de gran cantidad de procedimientos operatorios de los hospitales a centros para pacientes ambulatorios o externos. Este método de atención quirúrgica beneficia a todos los implicados (enfermos, cirujanos, instituciones, aseguradoras y a la comunidad) reduce costos, ofrece mayor comodidad y no entraña más riesgo para los pacientes.

Realizar cirugía mayor sin hospitalizar a los pacientes no es una idea nueva, la frase de Goethe "todo ha sido descubierto antes... el problema es recordarlo" (1). Al inicio de la era moderna, se entendía con precisión que el término "cirugía ambulatoria" significaba aquella que sólo antes se realizaba en enfermos hospitalizados y que luego se llevaba a cabo ya fuese en el hospital o en una unidad independiente , con alta del enfermo en el mismo día. Así pués, se le distinguía de la cirugía en pacientes hospitalizados y en pacientes externos. En los últimos años los términos cirugía ambulatoria y cirugía de paciente externo se han vuelto sinónimos, y resulta dificil, sino imposible el separarlos con claridad. En consecuencia se propuso un esquema en el cual se emplearian los términos de cirugía menor ambulatoria y cirugía mayor ambulatoria.

Cirugía ambulatoria o de día (2-5) es aquella que se realiza en el mismo día en el que el paciente ingresa, siendo dado de alta a las pocas horas o al día siguiente de la cirugía. En el nivel más bajo de complejidad tenemos lo que denominamos cirugía ambulatoria menor estrícta, es la que puede realizarse en la misma consulta o en una zona anexa bajo anestesia local (6-9), y son dados de alta de manera inmediata. Realmente nos vamos a referir a procedimientos quirúrgicos más complejos que los descritos, pero mucho menos que las operaciones mayores, que requieren cuidados que sólo se pueden garantizar en un hospital de mayor infraestructura dotacional: esto es lo que se conoce como cirugía mayor ambulatoria . Se consideran como requisítos necesarios los siguientes: (10,11).

1.- Duración entre 60 y 90 minutos, mínimo sangrado, mínima alteración psicológica.

2.- Mínimas complicaciones postoperatorias.

3.- Buen estado general. Clase I y II de la sociedad Americana de Anestesia (ASA).

4.- Aceptación del paciente.

5.- Cooperación de los cirujanos.

La necesidad de una utilización racional de las camas hospitalarias, tiene su origen en los sistemas sanitarios públicos, donde la demanda asistencial debe adaptarse a los recursos disponibles.

En 1969, Alexander Williams comentaba que <si el Servicio Nacional de Salud no disponía del dinero necesario para dar un servicio perfecto, la única alternativa era un uso más racional del dinero disponible> (12). En la actualidad, y pensamos que debe ser así, la sociedad exíge una mayor seguridad y menor margen de error o yatrogenia. La tecnología avanzada capaz de controlar ese proceso es cada vez más cara (13,14) por lo que los equipos de gestión sanitaria se enfrentan a unos costes crecientes. No es ético, sugerir que un determinado tratamiento no puede ser aplicado a un paciente por ser demasiado caro (13), pero si parece lógico que deban valorarse todas aquellas formas de hacerlo más barato (sin riesgo potencial para el paciente) (15), o bien abaratar cualquier forma de tratamiento para poder dedicar los recursos a las nuevas tecnologías.

La razón para hospitalizar a enfermos intervenidos estaba basada en la antigua idea de que el reposo era necesario para la buena consolidación de las heridas quirúgicas (16) . En 1899, Reis fué el primero en preconizar la idea de la deambulación temprana en los enfermos quirúrgicos (17). Desde entonces, la dambulación

temprana está ganando adeptos y los estudios realizados hasta el momento no han demostrado que aumenten la morbilidad (18-23).

En el momento actual, donde la sanidad debe sujetarse a parámetros de racionalidad económica, es cuando la cirugía ambulatoria recobra todo su sentido. La adaptación de la demanda asistencial a los recursos disponibles debe hacerse sin repercusión sobre la calidad asistencial y dirigirse a la hospitalización innecesaria (debemos pensar en la elevada inversión en equipos de tecnología punta que desequilibra los ya escasos presupuestos sanitarios, haciendo necesario la búsqueda de soluciones alternativas capaces de abaratar los costes sin modificar la calidad asistencial). Es fundamental que el paciente tenga conciencia del problema económico que conlleva su asistencia sanitaria y que intente borrar la imagen de hospitalización hotelera, entendiendo como tal, la que se produce para mayor tranquilidad del paciente y de sus familiares. Esta tranquilidad la deben proporcionar el médico de cabecera y un sistema sanitario coherente que facilite, en un momento determinado, el ingreso del paciente, si esto fuera necesario.

En este estudio hemos podido comprobar que el fácil acceso al centro hospitalario en caso de necesidad, favorece la aceptación por parte del paciente del alta precoz aún siendo intervenidos en los centros satélites.

Desde que Farquharson (16) en Europa y Trice (24), en Estados Unidos, preconizaron a mediados de siglo, la herniorrafia con anestesia local sín hospitalización, en la literatura internacional han aparecido múltiples comunicaciones demostrando la rentabilidad de este procedimiento (25-26). Se considera que al igual que otras series, hemos comprobado como más del 90% de los pacientes prefieren no ingresar en el hospital si se les ofrece una alternativa razonable (25-28). El ahorro económico y el grado de aceptación obtenido, no han sido a expensas de la calidad asistencial, tasas de recidiva y de complicaciones, ya que son similares a las obtenidas en todas las series (28-31).

Una de las primeras experiencias publicadas sobre cirugía ambulatoria corresponde a Nicholl, quien en 1909, comunicó excelentes resultados con la misma en 7000 intervenciones infantiles, entre ellas, herniorrafias (32). En su articulo ya apuntaba la posibilidad de realizarla en casos similares del adulto. Diversas publicaciones desde entonces, han afirmado la seguridad y eficacia del sistema y en la actualidad las clínicas de cirugía ambulatoria <Surgicenters> están ampliamente difundidas en Norteamerica (33,34) y su número ha crecido anualmente de modo casi exponencial (35). Estos centros están dotados de la totalidad de la instrumentación y personal necesarios para el tipo de cirugía que nos ocupa, ya sea bajo anestesia local, regional o general.

La anestesia ambulatoria se puede realizar de una forma eficaz, segura y cómoda para el paciente. La técnica anestésica más adecuada para la cirugía ambulatoria será aquella que sea mejor para el paciente y la intervención quirúrgica a realizar.

La anestesia local conlleva numerosas ventajas como la deambulación precoz (que evita estasis sanguíneo y previene de embolismos), el permitir la alimentación inmediata (obvia sueroterápia y cuidados de enfermeria), puede ser aplicado por el propio cirujano, la práctica de la infiltración de la herida con un anestésico local de larga duración al final de la intervención, es un método eficaz, tanto para la anestesia general como en la regional, para prolongar la analgesia postoperatoria.

En la anestesia general se tiene que administrar fármacos con un inicio de acción más rápido, un menor tiempo de recuperación y menores efectos secundarios.

En el caso de la anestesia locoregional, tiene dos ventajas destacables en la cirugía ambulatoria:

1.- Reducida incidencia de las principales causas de ingreso no programado como son las náuseas, vómitos, somnolencia.

2.- Disminución de las necesidades de analgésia postoperatoria.

En resumen, de las experiencias de la literatura podemos deducir:

1.- Más de un tercio de la totalidad de procederes quirúrgicos (incluyendo endoscopias, reducción de fracturas, cirugía de especialidades, etc...) puede realizarse de modo ambulatorio (33--42), con una mortalidad intraoperatoria de alrededor de 1/50.000 y mínima o nula necesidad de traslado al hospital.

2.- La satisfacción para el personal sanitario y para el paciente es mayor (35,43) con memor consumo de tiempo médico.

3.- La edad de los pacientes no es una contraindicación (34,44).

4.- Los costes se reducen aún más, pues se ahorra entre un 48-72% de servicios y pruebas innecesarias (43,45).

II. FUNDAMENTOS.

1. HISTORIA.

El ser humano aprendió a operar a sus semejantes mucho antes de saber escribir o dejar registro de sus operaciones. A través de los siglos, los hombres han ayudado a otros mediante la cirugía, mucho antes de que aparecieran los hospitales como instituciones importantes en nuestra sociedad. Así pues, la cirugía del paciente ambulatorio es en realidad la forma más antigua de cirugía que conocemos.

En 1862, en los papíros traducidos por el egiptólogo Edwing Smith, se describen los primeros 42 casos quirúrgicos realizados ambulatoriamente (46).

Previo al desarrollo de la anestésia general y del hospital moderno, la mayoria de los pacientes se recuperaba de la cirugía en sus casas. Con el cristianismo y su doctrina de caridad hacia el enfermo, empiezan a crearse los primeros hospitales (47) como parte integral de Iglesias y Monasterios, adquiriendo su máximo esplendor durante el siglo XIX. La estancia en el hospital era propio solo de indigentes o soldados. Más tarde con el progresivo desarrollo de la anestesia y la posibilidad de realizar procedimientos quirúrgicos de mayor envergadura, cirujanos y pacientes, comprendieron que los resultados y cuidados postoperatorios serían indudablemente mejores dentro de un marco hospitalario, lo que permitió el enorme avance de la cirugía

experimentado por los E.E.U.U. durante este siglo (48).
No obstante, hubo desde el principio el convencimiento de que los niños podrían ser tratados de modo ambulatorio tan satisfactorio como si estuviesen ingresados.

El desarrollo de la cirugía ambulatoria, tal como hoy la concebimos, se debe principalmente a E.E.U.U. e Inglaterra.

El siglo XX, por problemas económicos (47) vuelve su mirada hacia la cirugía ambulatoria intentando encontrar en ella los recursos que necesita.

James Nicoll en 1909, en la ciudad de Glasgow presentó un informe de 7000 operaciones realizadas en niños de manera ambulatoria, con resultados satisfactorios respecto a los pacientes ingresados por un determinado tipo de patologías muy frecuentes, así mismo, asegura el gran benefício de la cirugía ambulatoria en un sistema público de salud (32).

En 1916, Ralf Waters, en Iowa, sentó las bases de la futura cirugía ambulatoria pediatrica (49).

En 1932 Shouldice desarrolla su propia técnica de herniorrafia inguinal acortando el periodo postoperatorio a 3-4 días.

En 1938 Herzfeld, del Hospital Real de Edimburgo publicó los resultados obtenidos por él en intervenciones de hernia inguinal en niños, destacando su seguridad, economía y conveniencias (50).

En un trabajo de Farquharson, de Edimburgo, publicado en 1.955, se expone la experiencia de este autor en hernias inguinales operadas bajo anestesia local (16). Como pioneros se considera también a un grupo de Aberdeen, en Escocia (11).

En 1957, Izant, presentó otro estudio realizado en el Hospital de Columbia (New York) en el que se alentaba a los cirujanos a considerar la herniorrafia sobre bases ambulatorias.

El incentivo en esta época no eran los factores económicos, que constituyen hoy la primera consideración, sino evitar el riesgo de infección hospitalaria. Se habla de una reducción de la infección nosocomial del orden de un 50% - 70% , especialmente en niños pequeños, más vulnerables que los mayores (51).

La era moderna de la cirugía ambulatoria se inícia a partir de la decada de los sesenta (E.E.U.U.). El primer programa moderno se inauguró en 1961 en el Butterworth Hospital de Grand Rapids, Michigan (52) y le sucedió al año siguiente la apertura de una unidad semejante en la Universidad de California, los Angeles, por los doctores David B. Cohen y John Dillon, ambos

anestesiólogos. Reconociendo que en esa época el concepto de anestesia general mayor en pacientes ambulatorios discrepaba de las costumbres establecidas, Cohen y Dillon pensaron que dicha práctica sería por completo segura "si se llevaba a cabo con seriedad y bajo controles estríctos por parte del cirujano y del anestesiólogo". Agregaron :" la seguridad del paciente no radíca en si está hospitalizado o es ambulatorio ", la seguridad es una actitud y cuando se siguen buenos principios en la selección de pacientes por el cirujano, con evaluación preanestésica y técnica anestésica cuidadosa, no hay motivo para esperar más complicaciones que en los individuos hospitalizados.

En 1968, Othersen y Clatworth, del Columbus Children's Hospital, exponen su experiencia de diez años en cirugía ambulatoria pediátrica con resultados muy satisfactorios. Es interesante señalar que en esos años las compañias privadas americanas no cubrian este tipo de cirugía (53).

En ese mismo año, Chiang y cols (54), publican su experiencia de 40.000 tonsilectomias realizadas ambulatoriamente sin ninguna mortalidad. Comenzaba a propagarse el concepto de cirugía ambulatoria a las demas especialidades quirúrgicas, y no solo a la cirugía padiátrica. A partir de aquí aparecen unidades de cirugía ambulatoria como alternativa al sistema clásico de ingreso hospitalario, en la Universidad de California, en los

Angeles, y en la Universidad George Washintong, Washintong (E.E.U.U.).

La Universidad de los Angeles (California), UCLA, publicó sus resultados en 1.966 exhortando a seguir adelante, y Lathi (55) sentó las bases de la cirugía ambulatoria tal y como hoy las conocemos.

A finales de los sesenta Reed y Ford (56), anestesiologos, planean, construyen y administran el Surgicenter en Phoenix , Arizona, para el desarrollo de la cirugía mayor en pacientes ambulatorios. Es una unidad independiente y por completo autosuficiente, como ellos mismos definieron: "para brindar atención quirúrgica de calidad al paciente cuya operación es demasiado delicada para el consultorio del médico, pero no tanto como para requerir hospitalización". Sus conceptos, excelente labor e impresionantes logros y resultados estimularon un extenso y creciente interes en este campo; su contribución ha sido perdurable hasta la actualidad.

Durante los siguientes años estos programas se han ido extendiendo por diversos paises, y abarcando distintas especialidades quirúrgicas (36-41). Nuestras actitudes hacia la enfermedad y la cirugía son en gran medida herencia cultural y fruto de la experiencia. Estas tienden a cambiar, pero

lentamente. El conservadurismo sobre todo en lo cultural "se siente uno enfermo cuando lo único que pasa es que se está reponiendo de un procedimiento técnico".

En E.E.U.U., el desarrollo progresivo en el acortamiento del tiempo de estancia hospitalaria ha sído gradual, pero en la actualidad la cirugía ambulatoria estrícta ha alcanzado un gran desarrollo no comparable al de ningun otro país. Se afirma en E.E.U.U. que el 40% de las intervenciones quirúrgicas para adultos y el 60% de las pediátricas, se podrían realizar mediante cirugía sin ingreso (57,58), sin disminuir la calidad asistencial, e incluso mejorándola (59). Para conseguirlo es necesaria la colaboración entre personal médico, ATS, técnicos de laboratorio, recepcionistas y la administración. En E.E.U.U se calcula que en 450 de los surgicenters existentes en 1985 que realizaron más de 800.000 procedimientos al año, y esto ha crecido de año en año.

De otra parte, en el Reino Unido, la idea de la estancia de 24 horas se va introduciendo de manera más lenta. Aunque se inició en la década de los sesenta, no fue hasta 1985 considerada formalmente por el Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra (60). Por ejemplo: la estancia media de herniorrafia ha pasado de 7.3 días en 1975 a 5.7 días en 1980 y 4.9 días en 1985 (61).

Respecto al modelo de cirugía ambulatoria, no exíste en el Reino Unido nada parecído a los "surgicenters" , practicándose la cirugía ambulatoria siempre dentro del marco hospitalario tradicional.

El progresivo descenso de las estancias hospitalarias se ha producido en gran medida por el desarrollo de las técnicas quirúrgicas, la introdución de nuevos materiales de sutura, el desarrollo de la anestesia, la mejoría del dolor postoperatorio, nuevas drogas antimicrobianas, el cambio de creencias entre los propios facultatívos, especialmente al valor que se le atribuye a la deambulación precoz postoperatoria (16-18).

2. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA CIRUGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS.

2.a. Ventajas:

I. Altera solo en grado mínimo el modo de vida del paciente (45--49) . Este tipo de cirugía , el mayor atractivo que presenta es la mínima interferencia con el modo de vida acostumbrado. La madre de familia que regresa a casa después de su operación y así mantiene el control de su hogar (45), el trabajador en especial el ejecutivo joven que puede volver a su trabajo sin demora o con pérdida mínima de tiempo,(62) los enfermos de todas las edades y sus familiares agradecen el que se les ahorren las rutínas, reglas y restricciones de los hospitales.

II. El paciente recibe una atención más individual. Tanto el concepto de cirugía ambulatoria (2-5) como el centro en que ésta se lleva a cabo estan diseñados, en específico, para este tipo de pacientes. El enfermo, en consecuencia, es consciente de ello, se siente confortado y lo agradece. El enfermo quirúrgico ambulatorio se convierte en un foco de atención y no es solo uno de los muchos tipos de pacientes de un hospital. El individuo no solo siente que recibe más atención, sino, que ésta es más personal. Esto contrasta con los enfermos hospitalizados, quienes, aún recibiendo el mismo grado de atención quirúrgica se sienten "ciudadanos de segunda", porque sus necesidades y deseos

ocupan a menudo un lugar secundario con respecto a los de otros pacientes hospitalizados, cuyo problema médico es más grave (45).

III. La ansiedad del paciente se atenúa (45,49,63), la atmósfera de estos centros es de jovial eficiencia que se aplica a un paciente quirúrgico y un procedimiento menos grave que los asociados con el medio hospitalario. El enfermo lo percibe y esto lo tranquiliza. El no mezclarse con otros pacientes, obviamente más enfermos y desvalidos, tiene un efecto alentador y beneficioso.

IV. Los costos se reducen (45,49) , los pacientes son conscientes de que ellos o quien corre con sus gastos (compañías aseguradoras, etc...) harán desembolsos menores. El público reconoce los costos cada vez mayores de la atención a la salud y la necesidad de frenarlos, aunque sean compañías de seguros las que vayan a pagar en la totalidad, todo el mundo se da cuenta, que a la larga, cualquier ahorro en la atención, beneficia al individuo.

V. Existe menor riesgo de infección hospitalaria. Muchos pacientes bien informados, reconocen la posibilidad de adquirir una infección si ingresaran en un hospital, y agradecen el poder evitar este riesgo.

VI. Existe menor incapacidad y una pronta vuelta al trabajo. Los trabajadores asocian su vuelta a casa en el mismo día, con el hecho de no haber sufrído una operación de gran magnitud. En consecuencia, deambulan más precozmente, vuelven a sus actividades normales casi de inmediato y se reincorporan a su trabajo más rápidamente que un grupo idéntico de enfermos sometidos a la misma atención quirúrgica en un hospital. En un estudio en el Methodist Medical Center de Peroia, Illinois, se demostró que en promedio, los pacientes quirúrgicos ambulatorios, faltaron a su trabajo 1.04 días menos que los hospitalizados.

VII. El médico conserva el control sobre el paciente. Muchos médicos, en especial los cirujanos, estan decepcionados del papeleo burocrático de los hospitales, demoras en el ingreso de pacientes, autorizaciones prolongadas y en ocasiones redundantes para el mismo, el número cada vez mayor de miembros del personal que desea participar en la atención de los enfermos, y las múltiples normas que se les imponen. Puede haber tantas personas con grados variables de entrenamiento y eficiencia alrededor del paciente hospitalizado, que el médico pierde su control sobre él. Estos profesionales ven en la cirugía del paciente ambulatorio un medio para brindar atención más eficiente y eficaz a sus enfermos, de manera directa y adecuada.

2.b. Desventajas:

I. Es posible que el paciente no siga las indicaciones preoperatorias. Previo a la cirugía, el paciente está fuera del control hospitalario y asistencial. Por ello, es de suma importancia que comprenda las ordenes preoperatorias y la importancia de seguirlas con exactitud. Esto no siempre sucede. Lo más grave es cuando el paciente no mantiene el ayuno durante la noche previa al día de la cirugía, si esto sucede, se debe reconocer de inmediato y el cirujano decidirá si cancela el procedimiento, lo pospone hasta que se vacíe el estómago o cambie la anestesia general planeada por anestesia local.

II. El enfermo puede no contar con medio de transporte. En algunos grupos de personas, sobre todo con edad avanzada o grupos socioeconómicos bajos, el transporte constituye un problema considerable . En tales casos, puede necesitarse hospitalización en lugar de atención ambulatoria tan solo por esa causa. Sin embargo, si se detecta el problema, los trabajadores sociales pueden conseguír voluntarios que brinden estos servicios o la forma de pagar un vehículo alquilado, porque el coste sería menor que una noche de hospital.

III. El paciente quizá no tenga asistencia competente en casa.

Las personas que viven solas, en especial los ancianos, muchas veces no consiguen a algún amigo, miembro de la familia ni ayuda pagada cuando vuelven a casa. A veces este problema es difícil de solucionar, en otros, con notificación y planeamiento adecuado, los trabajadores sociales pueden obtener cuidado y asistencia en casa y los servicios de una enfermera visitante. Estos servicios son menos costosos que la estancia hospitalaria.

IV. El paciente puede estar preocupado por la carencia de medidas de sosten y reanimación en el centro. Puede ser un excelente candidato para un determinado procedimiento ambulatorio, tanto de cirugía como de anestesia, pero está preocupado porque no se cuenta con los mismos medios para reanimación en el centro de cirugía del paciente ambulatorio que en los hospitales, si llegase a necesitarse. Conforme el público está mejor informado sobre el excelente funcionamiento de estas unidades y se entera de que cuentan con respaldo adecuado para cualquier urgencia, va disminuyendo el número de personas con este temor.

3. MODELOS DE UNIDADES EN CIRUGIA AMBULATORIA Y ALTA PRECOZ (10,45,49).

Hoy en día, la cirugía ambulatoria mayor se realiza en diversos medios. La mejor forma de clasificarlos es según su sistema de administración, ya sea bajo control de un hospital o bien independientes, esto es, que se administran sín relacción alguna a complejos hospitalarios.

RING y WONG describen 4 modelos diferentes .

3.a.- " UNIDAD INTEGRADA EN EL HOSPITAL" (43,64,65).

Consíste en un área designada dentro del propio edificio, en la que ingresan los pacientes y de la cual se les da de alta. La evaluación y preparación preoperatorias, así como, la atención después de recuperación tienen lugar en ese sitio. Se emplean los quirófanos y salas de recuperación del hospital, igual que para enfermos internados en él. Obviamente la unidad integrada controlada por el hospital, es el tipo más empleado para cirugía ambulatoria, pero en la actualidad, se están estableciendo con menor frecuencia. Un ejemplo de este modelo es el implantado en la Universidad de California en los Angeles, y en el centro médico George Washintong, Washintong (E.E.U.U.).

3.a.1.Ventajas:

I. Se requieren remodelación o construcción limitadas. Los únicos cambios estructurales necesarios son la conversión de espacio ya existente (cualquier espacio poco usado), o construcción de un pequeño pabellón.

II. Los gastos son relativamente bajos. Esta es una opción muy atractiva para quienes tienen presupuestos limitados u hospitales con espacio de sobra que se localiza dentro de un área del mismo de fácil acceso para pacientes externos.

III. Las unidades pueden construirse con rapidez. Pueden ponerse en operación en un plazo breve porque ya existen y funcionan los quirófanos y salas de recuperación.

IV. Existe mínimo riesgo para el hospital. Este sólo tiene que hacer un pequeño gasto, si el proyecto no tiene buen éxito, será fácil convertirlo a algun otro uso.

V. Los cirujanos tienen mayor flexibilidad. Esta unidad, permite realizar operaciones más variadas y a menudo más extensas porque, sean cuales sean los casos presentes, puede completarse la intervención sin poner en riesgo al paciente y en un medio al que el cirujano está acostumbrado. Si hubiera complicaciones, están

accesibles todos los recursos del hospital para reanimación, interconsultas y asistencia de otros servicios.

VI. Es posible compartir equipo y personal. El equipo de reanimación de un servicio de urgencias o consulta externa adyacente o cercano, puede bastar si es fácil de conseguir, lo que hace innecesario duplicar las existencias. También es posible compartir personal de otros servicios, como urgencias, consulta externa o pabellones de cirugía, para la unidad de cirugía ambulatoria, porque las demandas básicas de las distintas áreas difieren.

VII. Los cirujanos tienen más confianza. Algunos pueden sentirse más comodos al operar en este tipo de unidad y emplear los quirófanos y salas de recuperación comunes a los que estan habituados.

3.a.2.Desventajas:

I. El paciente puede sentirse como "ciudadano de segunda clase" (45). Si el personal trata pacientes hospitalizados y ambulatorios, su actitud puede sugerir que estos últimos son menos importantes y que su atención puede posponerse.

II. Existen demoras inesperadas en las operaciones. La cirugía mayor de pacientes ambulatorios puede demorarse o aún cancelarse si los procedimientos extensos en pacientes hospitalizados se prolongan o si se presentan situaciones de urgencia. Los enfermos pueden sentirse inseguros al saber que ocurren estas contingencias.

III. El ingreso de los pacientes es más difícil o lento. Si existe solo una oficina para la admisión de pacientes, los ambulatorios pueden sufrir demoras. En todo proceso, ellos compiten con pacientes hospitalizados, y estan conscientes que el personal hospitalario no los consideran tan enfermos o necesitados al ser ambulantes.

IV. El paciente quizá pague (o sienta que paga) en exceso. Si los gastos generales básicos, sobre todo los de la administración, se prorratean con los pacientes quirúrgicos ambulatorios, estos quizá consideren que estan pagando por la atención que no reciben.

3.b.-" UNIDAD AUTONOMA CONTROLADA POR EL HOSPITAL" (66).

El objetivo de este tipo de unidad es brindar la ventaja de la independencia, incluyendo sus menores costos, pero con la

seguridad y las posibilidades de respaldo de un hospital. Ejemplo: el hospital Comunitario de Watts, en Durhan, Carolina del Norte (E.E.U.U.).

3.b.1.Ventajas:

I. Hay ciertos ahorros. Todas las áreas (pre, trans y postoperatorias) de recuperación y administrativas se planean y administran a modo de proporcionar atención adecuada, pero no excesiva. A diferencia de la unidad integrada en el hospital, en que los pacientes emplean quirófanos y salas de recuperación con personal altamente capacitado y costoso, este tipo de unidad ofrece instalaciones y atención seguras, adecuadas y competentes al nivel necesario. En la unidad integrada, los diversos componentes (áreas de recepción, exploración y evaluación, quirófanos, sala de recuperación y de altas), a menudo se encuentran en distintas partes del hospital e incluso en distintos pisos. En consecuencia, el transporte de estos pacientes con la compañia y supervisión requeridas, pueden elevar los costos. En la unidad autónoma estos costos son mínimos o se eliminan.

II. Se logra mayor satisfacción para enfermos, médicos y personal. Ya que los enfermos permanecen en una sola unidad, diseñada y administrada con el único objetivo de su seguridad

y confort; y dado que los sirve un personal muy reducido, todos experimentan mayor satisfacción. Los pacientes que reciben toda la atención del personal, quien a su vez no se distrae por otras responsabilidades. Suele haber un elevado espíritu de grupo en estas unidades en los que se requiere interdependencia y ayuda mutua.

III. La eficiencia operativa es mayor. Dado que la unidad está planeada y administrada para ofrecer un solo servicio, que se repite muchas veces al día, y ya que se localiza en una sola área compacta, se ahorra tiempo y se gana eficiencia.

3.b.2.Desventajas:

I. Los costos de construcción pueden ser altos. Si el nuevo edificio debe satisfacer los requisitos de construcción estandar de los hospitales, los costos pueden ser mayores que si se edifica en otra parte.

II. El espacio creado específicamente quizá no pueda convertirse. Si el proyecto no se utiliza por completo o fracasa, no se prestará para uso de otros servicios hospitalarios sin una nueva inversión de capital. Es fundamental un firme compromiso de todas las partes implicadas.

III. El certificado de necesidad puede ser difícil y costoso de obtener. La construcción entraña agregar quirófanos al espacio quirúrgico total de la comunidad, de modo que otros grupos pueden oponerse al proyecto y dificultar la obtención del certificado de necesidad. Esta oposición y las medidas necesarias para superarlas pueden provocar demoras en la construcción lo que eleve los costes financieros.

3.c.-" UNIDAD SATELITE DE HOSPITAL".

Esta es una unidad autónoma patrocinada por un hospital pero situada lejos de éste. Para servir a un mercado diferente, tales unidades suelen localizarse en la misma comunidad pero a cierta distancia del hospital, o bien en una comunidad vecina.

3.c.1.Ventajas:

I. Comparten las ventajas ya descritas anteriormente para las unidades autónomas integradas.

II. Este tipo de unidad amplia el mercado de la cirugía en pacientes ambulatorios, al servir a otra comunidad o a una parte adicional de la misma.

III. Puede ofrecerse a los pacientes un acceso más fácil y mayor comodidad porque esta fuera del complejo hospitalario, bullicioso y en ocasiones congestionado.

IV. No solo se generan ingresos suplementarios para el hospital, sino a menudo también ingresos de una fuente totalmente nueva.

3.c.2.Desventajas:

I. Tienen las mismas desventajas de la unidad autónoma controlada por el hospital.

II. La unidad de este tipo puede generar hostilidad y gran oposición entre los médicos y residentes del area afectada. Los primeros acaso la consideren como competencia injusta por parte del hospital, que con su fuerza económica puede afectar negativamente la práctica de médicos locales. Algunos ciudadanos, aunque beneficiados por los servicios que proporciona la unidad, pueden tomar a mal que las utilidades monetarias generadas por esta empresa salgan de la comunidad que las generó.

3.d.-" UNIDAD INDEPENDIENTE ".

Es una unidad autónoma sin nexo geográfico ni administrativo con otras instituciones de salud. Charles Hill, en Providence, Rhode

Island (E.E.U.U.) estableció la primera unidad de este tipo que fracasó por falta de soporte económico y desinteres de los cirujanos. En la actualidad, uno de los centros más conocidos de este tipo de cirugía es el de Phoenix, Arizona, creado en 1970 por Reed y Ford (33); gozó de éxito por el apoyo de los cirujanos, hospitales locales, agencias de planeación y aseguradoras principales, que intervinieron intensamente en el sistema. Se calcula que actualmente hay varios cientos de unidades de este tipo funcionando en Estados Unidos. Sin embargo, aunque las ventajas de este modelo son indudables, antes de establecer este tipo de centros hospitalarios hay que valorar cuidadosamente los recursos de los que se dispone, pues el número de pacientes aceptados en el hospital también disminuye, y los recursos hospitalarios calculados en un principio para un determinado volumen puede verse infrautilizado, lo que aumentería los costes globales de mantenimiemto.

3.d.1.Ventajas:

I. Las mísmas que la unidad autónoma controlada por el hospital.

II. Los considerables ahorros en costos redundan en cuentas más bajas para los pacientes. El centro independiente, en realidad, tiene un menor costo de operaciones, por dos razones. La primera,

que el paciente ambulatorio para cirugía mayor recibe atención segura en una instalación planeada y construída para éste tipo de cirugía; por tanto, no se la carga el empleo de grandes quirófanos y salas de recuperación refinadas, porque no se las requiere. En segundo lugar, los gastos generales, sobre todo los administrativos, no se prorratean para el paciente de la unidad independiente, como suele suceder con la unidad dependiente de un hospital. Los ahorros que esto implica se trasladan al enfermo en forma de cargos notablemente menores.

III. Hay mayor satisfacción de paciente y cirujano. El primero suele descubrir que la unidad independiente es más cómoda, menos costosa y suele tener una atmosfera más agradable. El espíritu de equipo tiende a ser muy alto en estas unidades, en que un grupo reducido de trabajadores se vuelven interdependientes, muy competentes y estan complacidos con su trabajo. Los enfermos reconocen esto y lo agradecen. Los cirujanos sienten tener más control sobre sus enfermos, y les complace estar libres de las normas, reglamentos y gobierno de una institución grande con sus muchos niveles de administración.

IV. Al igual que las unidades satélite, las independientes ofrecen acceso más fácil y conveniente que las anexas a un hospital.

V. La unidad independiente es el método menos costoso y de más fácil desarrollo para la comunidad que tiene mercado adecuado para cirugía mayor en pacientes ambulatorios y no cuenta con instituciones que la ofrezcan.

3.d.2.Desventajas:

I. La posible diferencia en equipo y personal de reanimación, comparada con un hospital, puede preocupar a algunos pacientes, sin embargo, el público conoce los excelentes resultados que se obtienen en estas unidades y los cientos de miles de operaciones que se han efectuado en ellas. Parece aceptarse el hecho de que las unidades independientes son igual de seguras. Todos estos centros deben contar con recursos para atender cualquier complicación. También se toman medidas para asistencia cardiológica, reanimación cardiopulmonar y traslado rápido a un hospital si fuera recomendable.

4. DESARROLLO DE LA UNIDAD PARA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (45).

El proceso de desarrollo de la unidad para cirugía mayor en base externa varia considerablemente, dependiendo de si es dependiente del hospital o independiente. Sea cual sea la localización, deben satisfacer determinados criterios antes de iniciar el desarrollo en sí. Un solo individuo o grupo pequeño no pueden planear, construir, y administrar optimamente una unidad para cirugía mayor ambulatoria sin amplio apoyo.

El grupo que se propone desarrollar un centro de este tipo debe lograr tres objetivos:

1.- Debe determinarse que existe la necesidad de dicha unidad. Se necesita el estudio de factibilidad objetivo y conservador. Dicho estudio deberá evaluar el volumem quirúrgico actual de la comunidad y su área de referencia, y analizar que proporción de él se atiende en caracter de ambulatorios. Deberá tomarse en cuenta si exíste o no unidades similares o comparables en el área. El estudio, debe investigar con detenimiento el posible personal quirúrgico de la unidad y predecir la disponibilidad de los cirujanos para intervenir como externos, a pacientes a los que por el momento se operan como hospitalizados. La necesidad de una unidad de cirugía ambulatoria en ocasiones se equipara con la necesidad de camas quirúrgicas, deben crearse cuando menos,

algunas de ellas para pacientes ambulatorios, lo que resulta menos costoso. Se recomienda aún a instituciones con un número de camas quirúrgicas excesivo, no pasar por alto los beneficios de la cirugía ambulatoria. Por el contrario, una institución puede contemplar la realización en una unidad construída con el espacio que ocupaban algunas de estas camas, y convertir el espacio excesivo restante en otros servicios que produzcan dividendos.

2.- Los miembros que planean desarrollar la unidad deben estar informados a fondo sobre las condiciones actuales de la cirugía mayor ambulatoria. Es una empresa larga y costosa. Es preciso reconocer su costo, tiempo, esfuerzo y dinero, y que es fundamentalmente un desarrollo cuidadoso, concienzudo y en ocasiones laborioso. También hay que tener presente el personal experimentado que se requiere para la planeación y administración de un centro así, los posibles cambios en la práctica quirúrgica y en patrones de envio que puedan surgir en la comunidad médica si el proyecto logra éxito.

3.- En tercer lugar, los miembros del grupo que lo propone deben estar convencidos de que existe un compromiso sincero por parte de la institución existente y quienes la dirigen (personal médico, administración, junta directora) o de todo el grupo que participará en la unidad independiente.

Una vez que los miembros del grupo han satisfecho los requisitos mencionados, deben considerar la factibilidad financiera de la unidad.

5. ORGANIZACION DE UN PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA MAYOR (67).

La finalidad de un programa de cirugía ambulatoria es realizar intervenciones quirúrgicas electivas bajo anestesia local, general y regional en un medio seguro, en el cual, el paciente se recupera y es dado de alta hospitalaria el mismo día, al cuidado de un adulto responsable.

El horario de las intervenciones quirúrgicas va desde las 08:00 am. a las 05:00 pm. de Lunes a Viernes.

Los objetivos son:

1.- Mantener atención de calidad a los pacientes, proporcionando un medio quirúrgico y de recuperación seguros para los procedimientos programados.

2.- Brindar horarios para operaciones que sean cómodos tanto para el enfermo como para el médico.

3.- Ofrecer personal cualificado que satisfaga las necesidades de pacientes, familiares y médicos.

4.- Garantizar que todos los miembros del personal reciban el entrenamiento necesario para desempeñar las labores que se les asignen.

5.- Proporcionar educación adecuada al paciente en los periodos pre,trans y postoperatorio.

6.- Garantizar que se cubran y mantengan expedientes médicos para todos los enfermos atendidos.

7.- Salvaguardar el caracter confidencial de información relativa a los pacientes.

8.- Integrar un plan para desastres.

9.- Garantizar intimidad, respeto y dignidad a todos los pacientes, sin distinción de raza, credo, sexo, recursos económicos o limitaciones físicas.

10.- Garantizar que se mantengan informados a los familiares o amigos de los enfermos mientras esperan.

11.- Proporcionar al paciente instrucciones para su atención subsecuente al darlo de alta.

12.- Brindar asistencia a los pacientes impedidos para su comunicación y transporte.

13.- Ofrecer instrumental, material y equipo para los procedimientos quirúrgicos programados a los mejores costos.

14.- Facilitar educación continua a todos los integrantes del personal para su desarrollo.

Criterios: (según el Sameday Surgery Center) se aplican los siguientes criterios de cirugía ambulatoria a enfermos e intervenciones en dicho centro.

1.-Procedimientos quirúrgicos que rebasan la capacidad de la mayor parte de consultorios médicos pero que no requieren hospitalización.

2.- Procedimientos que no interesan a las principales cavidades del cuerpo.

3.- Una persona responsable, mayor de 18 años, debe acompañar al paciente al hospital y de vuelta a casa, para brindarle atención.

4.- Se requieren consentimientos válidos para operar, incluyendo algunos de tipo especial.

5.- Aprobación de un anestesiólogo para intervenciones bajo anestesia general, local (con supervisión de enfermera especialista en anestesia) ó regional.

6.- Debe cubrirse la obligación financiera de la oficina de administración.

7.- Los resultados de estudios diagnósticos preoperatorios deben tenerse a mano antes de operar, a solicitud del anestesiólogo o cirujano.

8.- Interrogatorio y exploración física de todo individuo sometido a intervención quirúrgica bajo anestesia general, regional o local supervisada y procedimientos locales mayores.

9.- Se consigna el diagnóstico preoperatorio antes de la intervención.

10.- Educación del paciente en el pre y postoperatorio.

11.- Expediente médico.

Organización de enfermeria (Sameday Surgery Center) (45). El centro debe estar provisto de personal capacitado que se distribuye según sus aptitudes, experiencia y conocimiento del trabajo. En todo momento se debe contar con el personal de enfermeria titulada y cualificada. Al momento de contratarlos, en el Sameday Surgery Center del Presbyterian Hospital en Charlotte, Carolina del Norte, se proporciona a todos los empleados un programa de orientación, cada persona recibe una descripción de su trabajo, que define sus responsabilidades. Se lleva a cabo una reunión de los departamentos del personal del

centro cada mes, o con mayor frecuencia si es necesario, proporcionandose educación continua obligatoria, que incluye temas como incendios, seguridad, control de infecciones, reanimación cardiopulmonar y mecánica corporal. Como ejemplo de estas actividades, la enfermeria de la unidad de cirugía ambulatoria del Maine Medical Center (68) desarrolla, evalua y reforma un programa para seguimiento, progreso y grado de satisfacción del paciente después de la cirugía. Existen diversos métodos de seguimiento, entre ellos la llamada a las 24 horas de la cirugía, con el propósito de comprobar el estado de ánimo del paciente y la percepción de su cirugía.

6. SELECCION DE PACIENTES PARA CIRUGIA AMBULATORIA.

La facilidad para el éxito de la cirugía ambulatoria es la buena selección del paciente llevada a cabo por el cirujano y el anestesista (49) esta selección es importante tanto en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

El apropiado desarrollo de la cirugía de día depende de cuatro factores básicos:

- El paciente.
- La enfermeria.
- El proceso quirúrgico.
- Las consideraciones anestésicas.

En 1980, un estudio de los procedimientos quirúrgicos efectuados en centros quirúrgicos libres, en pacientes ambulatorios en E.E.U.U, emprendido por la asociación libre de cirugía en pacientes ambulatorios, reveló que se hallaban entre los diez procedimientos más frecuentes efectuados los siguientes: (tabla n.1)

	PACIENTES	PORCENTAJE%
DILATACION Y RASPADO	13223	17.2%
MIRINGOTOMIA	10251	13.4%
LIGADURA TUBARICA	7457	9.7%
PROCEDIMIENTOS ORTOPEDICOS	5895	7.7%
PROCEDIMIENTOS DENTALES	4039	5.3%
EXTIRPACION LESION DERMICA	3813	5.0%
LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	2865	3.7%
AMIGDALECTOMIA-ADENIODECT	2725	3.6%
CISTOSCOPIA	2347	3.1%
ARTROSCOPIA	2064	2.7%
	54679	71.4%

Tabla n. 1.(según FASA STATISTIC reveal top 10 procedures Same-day Surgery 5: 48 1981.) (69).

Si agrupamos dichos procedimientos según especialidades quirúrgicas:

ESPECIALIDAD QUIRURGICA	PORCENTAJE%
GINECOLOGIA	30.7%
ORL	18.7%
ORTOPEDIA	11.2%
CIRUGIA PLASTICA	8.8%
CIRUGIA GENERAL	7.4%
UROLOGIA	5.4%
CIRUGIA DENTAL	5.3%
OFTALMOLOGIA	1.6%
PROCEDIMIENTOS ALIVIAR DOLOR	1%

Se calcula que aproximadamente el 20-40% de la cirugía de pacientes internados en hospitales podría practicarse en medio ambulatorio (34)

Dentro de la cirugía general, los procedemientos más frecuentes realizados son:

Hernias: -Umbilicales -Epigástricas

-Inguinales -Incisionales

Varices miembros inferiores.

Sinus pilonidal.

Patología anal: -Hemorroides -Fisuras -Fístulas

-Dilatación -Pólipos -Biopsias

-Condilomas

Tecnicas diagnósticas y/o terapéuticas: -Broncoscópia

-Esofagoscópia -Sigmoidoscópia

Abcesos de cualquier localización: Excisión y drenaje.

Lesiones benignas de la mama: -Biopsias de lesiones sospechosas.

-Ginecomastias.

-Colocación o retirada de prótesis.

-Abcesos subaerolares recurrentes.

-Extirpación de implante mamario.

Quiste del conducto tirogloso.

Biopsia: -Piel -Músculo -Adenopatías cervicales.

Lipomas o quistes sebaceos.

Lesiones piel: -Melanomas, nevus, injertos.

Hidrosadenitis axilar.

Cuerpos extraños.

Granulomas . Intolerancia suturas. Friederich.

Heridas, desgarros, reconstrucción.

Uñas incarnatas. Distrofias ungüeales.

(Procedimientos realizados en cirugía general ambulatoria. Modificada de DETMER, D.E., BUCHANAM-DAVIDSON, D. J.) (70)

Las herniorrafias constituyen el capitulo más amplio en el programa de cirugía ambulatoria, y dentro de las listas de espera en los grandes Hospitales son de las que más han esperado para su cirugía, los cirujanos en un principio remisos a la utilización de la anestesia local, cada vez la utilizan más satisfactoriamemte (28,71-73).

7. EVALUACION PREOPERATORIA (44).

7.a. Evaluación prequirúrgica:

Al evaluar un paciente ambulatorio propuesto para cirugía mayor, el cirujano debe realizar un juicio específico de las condiciones del caso. Es responsabilidad del cirujano efectuar un juicio individual en cada enfermo quirúrgico ambulatorio, que tome en cuenta: (44,74,75).

1.- La edad.
2.- Condiciones físicas y mentales.
3.- Riesgo anestésico.
4.- Actitud de la persona respecto a operarse fuera del hospital.
5.- Situación social y familiar.
6.- Si la magnitud de la intervención propuesta cae dentro de las normas y costumbres actuales de la cirugía en pacientes ambulatorios de esa comunidad.

Existen ciertos procedimientos quirúrgicos cuya magnitud hace necesario realizarlos en un hospital. Hay muchas intervenciones menores que pueden llevarse a cabo sistemáticamente en el consultorio del médico, servicio de urgencia o consulta externa con anestesia local y dando de alta a la persona de inmediato.

Entre estos dos extremos del espectro quirúrgico se encuentra un gran número de operaciones que, dados el individuo y las circustancias adecuados, pueden efectuarse en el paciente ambulatorio. Es obligación y responsabilidad del médico, de acuerdo con el enfermo tomar la decisión. En cada sujeto propuesto son importantes los factores fisiológicos, psicológicos y sociales.

Factores fisiológicos: Casi todos los pacientes elegidos para cirugía mayor ambulatoria corresponden a la clase I de condición física según la tabla de la American Society of Anesthesiologist (ASA). Son personas sin alteración organica, fisiológica , bioquimica o psiquiátrica alguna. Ademas de ellos, la mayoría de la clase II tienen también un riesgo aceptable, son sujetos con una alteración general leve o moderada de fácil corrección. Algunos ejemplos son la diabetes ligera que se trata con dieta o medicamentos vía oral, hipertensión esencial leve, obesidad moderada y bronquitis crónica. Los enfermos de clase III de ASA suelen operarse hospitalizados; sufren algún transtorno general más o menos grave, como diabetes que requiere insulina, hipertensión grave o angina de pecho. No obstante, hay excepciones raras. Epstein (76) escribió: "En ocasiones puede elegirse a un paciente con alguna enfermedad grave (para un procedimiento mayor ambulatorio) si se cree que la hospitalización de un día, al siguiente, conlleva más riesgo que

al tratarlo como ambulatorio". Explica que "un ejemplo sería el enfermo leucemico en el cual el riesgo de adquirir una infección de otro paciente o del personal del hospital pone en riesgo la vida". Lógicamente, los cirujanos se han preocupado por la conveniencia de intervenir cuando existe una enfermedad general preexistente. Al estudiar este tema, Natof (77,78) identificó 15 entidades patológicas diferentes, que merecen consideracion (tabla n. 2).

Descubrió que en un medio quirúrgico para pacientes ambulatorios bien controlados, la mayoría tenían resultados excelentes.
El estres aunado a cirugía ambulatoria, no pareció aumentar las complicaciones sobre las que se presentan en un grupo de personas sanas sin enfermadad. Natof (77) en su estudio verifica los resultados de un estudio prospectivo de 13433 pacientes de cirugía ambulatoria, en las que se presentan 106 complicaciones quirúrgicas y anestésicas como nos indica el siguiente cuadro (tabla n.3).

Al destacar los beneficios de la cirugía mayor ambulatoria, NATOF descubrió que este método era ideal para diabéticos dependientes de insulina, ya que el restablecimiento de su metabolismo preoperatorio depende en gran medida de que reinicien dieta y actividad normales, en consecuencia mentener a esta clase de individuos fuera del hospital brinda una ventaja adiccional.

ENTIDAD PATOLOGICA	N. PACIENTES	%PAC.ENF.GEN.PREEXISTENTE
HIPERTENSION	560	22.9
ASMA	373	15.3
NEFROPATIA	256	10.5
CARDIOPATIA	229	9.4
TRANSTORNO SNC.	180	7.4
ENF. HEPATICA	161	6.4
OBESIDAD	147	6.0
DIABETES SACARINA	107	4.4
ALERGIAS MULTIPLES	95	3.9
OTRAS	89	3.5
NEUMOPATIAS	83	3.4
ARTRITIS	62	2.5
HIPOTIROIDISMO	44	1.8
ENF.GASTROINTESTI.	36	1.5
HIPOGLUCEMIA	22	0.9

Tabla n. 2. tomada del Systemic disease patients proven acceptable for ambulatory surgery. Same-Day Surgery. 5:43, 1981. (78)

HEMORRAGIA	74p.
INFECCION	10p.
PERSISTENCIA DE NAUSEA Y VOMITO	04p.
LESION INTESTINAL	01p.
PERFORACION COLON TRANSVERSO	01p.
OBSTRUCCION INTESTINAL	01p.
DISTENSION ABDOMINAL	01p.
PERFORACION UTERINA	01p.
EDEMA AMIGDALAR	01p.
BRONCOESPASMO	01p.
LARINGOESPASMO	02p.
INFECCION RESPIRATORIA	01p.
URGENCIA DIFERIDA	01p.
EDEMA SUBGLOTICO	01p.
FLEBITIS QUIMICA	04p.
REACCION PSICOSOMATICA	02p.

Tabla n.3. Cuadro de complicaciones quirúrgicas en el estudio prospectivo de 13433 pacientes de cirugía ambulatoria. Tomada de NATOF, H.E. 1980 (77).

La edad del sujeto es importante, aunque no crucial. A excepción de los niños prematuros, que no son aptos para este tipo de atención por la inmadurez de los sistemas vitales, los lactantes y los niños bien desarrollados toleran muy bien la cirugía ambulatoria mayor (79-82). Se han estudiado y descrito a fondo los efectos emocionales adversos del ingreso a un hospital y el valor de que los padres participen en la atención de sus hijos, sobre todo cuando se efectua una operación (83). Steward (84) demostró a fondo que el tratamiento ambulatorio ofrece especial beneficio en el aspecto de la angustia de separación. En 1964, Lawrie (85) escribió: Pronto se hizo evidente que los padres preferían que sus hijos fueran operados y dados de alta hospitalaria el mismo día, porque los niños también lo preferían, y que la familia se alteraba mucho menos, tanto en el momento como después. Muchos niños pequeños son infelices en el hospital, y al volver a casa estan desconcertados y son descorcentantes durante días o semanas. Por el contrario, el niño que vuelve a casa el mismo día no sufre estos efectos de la separación.

Como en todos los grupos, el estado psicológico del enfermo es más importante que su edad cronológica. Aunque es cierto que en un paciente mayor se recuperará con más lentitud que uno joven, muchos individuos de edad avanzada, en buenas condiciones fisiológicas y mentales toleran bastante bien la cirugía mayor ambulatoria. Es obvio, que no se les debe excluir categoricamente de los beneficios de este tipo de atención.

Factores psicológicos: (70) Uno de los objetivos y bondades de la cirugía mayor ambulatoria es atenuar el efecto emocional de la intervención, en adultos y niños, dado que se consigue una atmósfera más relajada, atención más individualizada y personalizada.

Sin embargo, es importante el estado psicológico de cada paciente y se le debe evaluar. Obviamente en los pacientes con alteraciones psiquiátricas verdaderas, se les tratará mejor hospitalizados, además, existen individuos bien adaptados pero que se sienten inseguros si no se les hospitaliza. Estas personas deben recibir una información minuciosa de que sus condiciones generales son buenas y que no sufren enfermedad importante, se les debe explicar la mecánica de su estancia en la unidad y el mecanismo de funcionamiento; si se explica correctamente, pocos enfermos rehusaran este tipo de tratamiento. Si con estas premisas, el paciente continua insistiendo con su hospitalización, debemos acceder a esta.

Factores sociales: El cirujano que evalua un paciente para someterlo a cirugía mayor ambulatoria y lo encuentra aceptable fisiológica y psicológicamente, debe indagar aún más antes de tomar la decisión. Es preciso investigar el fondo familiar y social del individuo. Es importante la distancia entre la casa del paciente y la unidad; no es deseable que el viaje sea mayor

de una hora. Una persona que vive dentro de este margen , podrá volver al cirujano si lo requiere.

Es lógico que los enfermos durante el postoperatorio no se valgan a sí mismos como antes de la operación, si no se les puede conseguir ayuda, se les debe hospitalizar, especialmente a los que viven solos. Trabajadores sociales del hospital o de la comunidad pueden obtener servicio doméstico, enfermeras visitantes , voluntarios o similares.

En estos últimos años, una cierta categoría de individuos, a quienes no se consideraban aptos para este tipo de atención se han convertido en excelentes candidatos y pacientes ambulatorios satisfechos. Se trata de personas que viven en asilos de ancianos, hogares de enfermos, hospicios, instituciones educativas o penales, estos sujetos son ideales para cirugía ambulatoria dado que según la dimensión y tipo de institución, los cuidados postoperatorios pueden estar a cargo de médicos, asistentes médicos, enfermeras, técnicos capacitados , familiares o amigos bajo supervisión.

En el momento actual en que resulta fundamental controlar los costos explosivos de la atención a la salud , cirujanos y otros médicos, pacientes y público en general deben recordar que la cirugía ambulatoria es factible dentro de todas las

especialidades quirúrgicas actuales (36,41).

En U.S.A. es asombrosa la diversidad de tipos y cantidad de pacientes que se tratan en las distintas unidades. Muchas intervenciones de este tipo contribuyen considerablemente a abaratar los costos de los servicios médicos, así como a satisfacer a los enfermos.

Una vez considerados los requisitos fisiológicos, psicológicos y sociales para someterse a cirugía mayor ambulatoria, el cirujano tiene además la responsabilidad de obtener una historia clínica y registrar los datos de la exploración física, ordenar los estudios de laboratorio y radiograficos necesarios,(86) obtener un consentimiento informado para la operación e instruir al paciente.

La historia clínica y la exploración física pueden realizarse en el consultorio del cirujano cuando se toma la decisión de operar. El tipo de extensión de la historia clínica varian, es posible emplear los mismos que para pacientes hospitalizados, pero casi todas las unidades han adoptado ya una forma breve , aprobada para empleo en hospitalizaciones de corta estancia, ya que resulta adecuada y ahorra tiempo.

Existe debate sobre que estudios de laboratorio o radiograficos son aconsejables cuando se va a realizar la cirugía mayor ambulatoria, y la costumbre varia. En lineas generales, diversos autores (44) solicitan citología hemática completa y análisis de orina en todo paciente, pero en lactantes y niños pequeños, en ocasiones se obvia este segundo punto. Se anotan la temperatura, frecuencia cardiaca, presión arterial y peso. Es preferible un método individualizado, que deje a juicio del cirujano el número y tipo de pruebas que se realicen en lugar de exigir estudios múltiples en todos los casos. En los adultos que van a recibir anestesia general, se pide radiología de torax (44) y electrocardiograma en las personas mayores de cuarenta años, así como análisis clínicos y hematológicos que se consideren necesarios o aconsejables. La JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS (JLAIT) de USA (87) propone sus normas de 1981 : " Cuando se brindan servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios, las normas y procedimientos deben ser congruentes con los que se aplican a cirugía, anestesia y recuperación postoperatoria en hospitales".

7.b.Evaluación por anestesiología.

En los comienzos de la cirugía ambulatoria la selección de los individuos más sanos para estos procedimientos, como lo analizan Patterson y colaboradores (65), fue un hecho fundamental. A la luz de más de un decenio de experiencia en este campo, ya no resulta tan transcendental, y se aceptan pacientes con diversos grados de salud para operarles en calidad de externos. La clasificación ASA del estado físico como pronóstico del riesgo que se aplica a los pacienes antes de la anestesia y la intervención quirúrgica, es muy útil para realizar la selección de los pacientes. Ha sido elaborada por la AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST en 1963 (88) y consta de cinco clases y una subclase denominada urgencias.

.-**CLASE I:** Pacientes sanos. No existe alteración orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica. El proceso patológico que ocasiona la intervención está localizado y no entraña una alteración general. Son ejemplos de ello : 1) un paciente sano con hernia inguinal. 2) Mioma uterino en una mujer por lo demás sana.

.-**Clase II:** Pacientes con alteraciones generales de leves a moderadas, producidas ya sea por el trastorno que se va a tratar quirúrgicamente o por otros procesos fisiopatológicos y que no

presentan limitación funcional. Ejemplo de ello son cardiopatía orgánica no limitante, diabetes leve, hipertensión esencial controlada o anemia. Algunos clínicos prefieren incluir las edades extremas en esta categoría, o sea el neonato o el octogenario, aunque no halla enfermedad discernible. La obesidad y la bronquítis crónica leve pueden incluirse en esta categoría.

.- **Clase III:** Alteración o enfermedad general grave de cualquier origen, con limitación funcional definida. Son ejemplos de ella cardiopatía orgánica con limitación , diabetes avanzada con complicaciones vasculares, insuficiencia pulmonar moderada a grave.

.- **Clase IV:** Enfermedad sistemica grave que amenaza constantemente la vida, y no siempre es susceptible de corrección quirúrgica. Ejemplo de ello son: cardiopatía orgánica con signos intensos de insuficiencia cardiaca, angina persistente o miocarditis activa y grados avanzados de insuficiencia pulmonar, hepática, renal o endocrina.

.-**Clase V:** Paciente moribundo con pocas posibilidades de supervivencia en 24 horas, con o sin intervención. Es el caso del aneurisma abdominal roto con choque profundo, traumatismo cerebral grave con elevación progresiva de la presión intracraneal y embolia pulmonar masiva.

Operación de urgencia (E): Se considera que un paciente en cualquiera de las clases anteriores, si se interviene de urgencia, estará en peores condiciones. Se anota la letra E junto a la clasificación numérica. Así pues, cuando existe una hernia que de pronto se estrangula y genera náusea y vómito, se le clasifica como IE.

Además de valorar el riesgo de los pacientes para poder realizar una selección de los mismos, es pertinente enumerar unas cuantas contraindicaciones a la cirugía ambulatoria derivada de la experiencia de autores en este campo (44).

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:

1.- Retardo mental profundo sobre todo si no se cuenta con buena atención pre y postoperatoria en domicílio.
2.- Enfermedades altamente infecciosas.
3.- Aparición de infección de vías aereas superiores.
4.- Temperatura superior a 38°C.
5.- Pacientes en choque o traumatizados.
6.- Pacientes clase V de la ASA.
7.- Lactantes prematuros menores de tres meses de edad.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS.

1.- Rinorrea u otra infección de vías respiratorias altas.

2.- Pacientes muy obesos (riesgo de problemas postanestésicos).

3.- Asmaticos mal controlados.

4.- Anemia grave no corregible.

5.- Ancianos con enfermedades múltiples.

6.- Neonatos para cirugía electiva.

7.- Prematuros de entre tres y seis meses de edad.

8.- Distancia y tiempo excesivos al domicilio del enfermo.

9.- Supervisión y atención inadecuadas en el pre y postoperatorio.

(Tabla recogida de Clin. Qx. North. Am. Davis .J. Sugioka) (44).

Objetivos de la anestesia en cirugía ambulatoria: (89).

Los principales objetivos de la anestesia en cirugía ambulatoria son:

- Seguridad.
- Comodidad.
- Buena analgesia.
- Tiempo de recuperación corto.
- Efectos seundarios mínimos.

Así también se cubren las cinco necesidades básicas:

- Lucidez de conciencia.
- Deambulación precoz.
- Analgesia.
- Tolerancia alimentaria.
- Diuresis.

Ello es especialmente importante en la cirugía ambulatoria, ya que la aparición de mareos, náuseas, vómitos, dolor, somnoliencia, pueden obligar al ingreso del paciente y se considera como una complicación mayor.

El tratamiento anestésico se divide en distintos apartados : (20,90-92)

7.b.1.- ***MEDICACION PREANESTESICA.***

7.b.2.- ***ANESTESIA LOCAL Y REGIONAL.***

7.b.3.- ***ANESTESIA GENERAL.***

La elección de la técnica anestésica se hará en función de la intervención quirúrgica y del paciente. La aceptación por parte de éste es fundamental, evitandose de esta forma los efectos secundarios causados por la ansiedad a lo desconocido. Las técnicas anestésicas más comunmente utilizadas son las enunciadas anteriormente, pudiendo combinarlas entre sí.

El tratamiento anestésico debe tener en cuenta la medicación que toma habitualmente el paciente, y deberá plantearse dos preguntas:

- ¿ El paciente debe suspender los medicamentos antes de la cirugía?.

- ¿ Se requieren estudios especiales de los pacientes por estos medicamentos?.

En un estudio realizado en 18000 pacientes sometidos a cirugía de corta estancia en una unidad quirúrgica mayor, casi 2000 pacientes tenían enfermedades sistémicas previas y más de 900 tomaban medicamentos específicos para su enfermedad (93). Casi la mitad de estos enfermos tomaban por lo menos un fármaco antihipertensivo; un número importante de pacientes tomaba uno o más medicamentos por cardiopatías, incluyendo glucósidos cardiacos, betabloqueantes, diuréticos, antiarrítmicos, vasodilatadores y anticoagulantes. Otros medicamentos que eran utilizados por los enfermos incluían la insulina y los fármacos para el asma. Sin embargo, ninguna complicación se relaccionó con el uso postoperatorio de medicamentos. Los pacientes deben llevar todos sus medicamentos prescritos y autoprescritos el día de la cirugía.

Hipertensión: En general la hipertensión debe mantenerse controlada antes de la cirugía. Los inhibidores de la MAO, deben suspenderse si es posible dos semanas antes de la cirugía ya que tienen efectos cardiacos impredecibles y a menudo pueden producir hipertensión en pacientes que reciban meperidina o vasopresores. El resto de los fármacos antihipertensívos deben administrarse hasta el mismo día de la intervención.

Cardiopatia e insuficiencia cardiaca: Estos pacientes se pueden clasificar en el grupo clase III de la ASA por lo menos, y no

deben ser tomados en cuenta para cirugía de corta estancia a menos que el procedimiento quirúrgico sea menor y sólo se requiera anestesia local. Los pacientes con cardiopatías menos graves deben tomar los glucósidos cardiacos, los betabloqueantes o los antiarrítmicos con una pequeña cantidad de agua en la mañana del día de la cirugía.

Enfermedad broncopulmonar: Los pacientes con enfermedad respiratoria deben evaluarse de forma individual. El grado de alteración se determina por la historia clínica y examenes apropiados. Muchos pacientes con enfermedades broncopulmonares, requieren la administración de esteroides y antibióticos antes de la cirugía, así como fisioterápia respiratoria.

Diabetes Mellitus: Los pacientes con diabetes mellitus que son controlados mediante hipoglucemiantes orales o con menos de veinticinco unidades de insulina por día, pueden continuar con su tratamiento y suspenderlo el día de la cirugía. En general, los pacientes con diabetes mellitus insulin-dependiente muy grave no deben someterse a cirugía de corta estancia. Los pacientes que si pueden intervenirse en las unidades, se tratan en forma satisfactoria con la administración de una fracción de la dosis de insulina el día de la cirugía y con soluciones glucosadas (al 5 %) comenzando poco después de la llegada del paciente a la unidad quirurgíca, vigilando el estado metabólico

del paciente con la medición de la concentración de glucosa en sangre y orina.

Obesidad: En general, los pacientes obesos no deben someterse a cirugía de corta estancia, sobre todo si su peso corporal es mayor del 30% del peso ideal. La obesidad patológica constituye una sobrecarga para el sistema cardiopulmonar, por lo que estos pacientes desarrollan con facilidad hipoxémia, ademas suelen tener otras enfermedades asociadas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, hepatopatía o insuficiencia cardiaca.

Tratamiento con corticosteroides: Los pacientes que toman corticosteroides durante seis a doce meses antes de la cirugía a menudo deben recibir corticosteroides adicionales en la fase preoperatoria.

Alcoholismo y adicción: Los alcohólicos y adíctos también son malos candidatos para la cirugía de corta estancia. En este grupo se podría incluir pacientes que se automediquen. El alcoholismo crónico se relaciona con diversos transtornos metabólicos; por otra parte, los adictos crónicos suelen tener muchas alteraciones que estan en relación con la toxicomanía, como endocarditis, infecciones superficiales, hepatitis o tromboflebitis.

Tratamiento con fármacos psicotropos: Con excepción de los inhibidores de la MAO, la mayor parte de los fármacos psicotrópicos pueden mantenerse hasta el día anterior a la intervención.

Enfermedades psiquiátricas: Los pacientes mentalmente inestables son un problema potencial, incluso en circustancias ideales. Un adulto normal debe estar dispuesto a proporcionar atención al paciente después de la cirugía. Uno de los beneficios de la cirugía de corta estancia en estos pacientes, sobre todo los jovenes o los ancianos, es que permite el regreso rápido al ambiente familiar; este procedimiento es deseable cuando existe seguridad de atención, de otra manera está indicada la hospitalización.

7.b.1.- ***MEDICACION PREANESTESICA.***

La medicación preanestésica es un importante auxiliar para la anestesia general y local (94) tabla n. 4. Esta puede facilitar el procedimiento al calmar el temor, la ansiedad y proporcionar analgesia. El empleo de narcóticos puede retrasar la recuperación; sin embargo en ningún paciente se debe evitar esta medicación por el temor de que pueda retrasar su alta hospitalaria. Los narcóticos son la causa más comun de náuseas y vómitos en el postoperatorio y una de las razones principiales de la hospitalización de pacientes ambulatorios.

CLASES	FARMACO	Dosis y vía administración
Sedantes	Diacepam Droperidol	4-10 mg (0.05-0.15 mg/kg) iv ó 5-10 mg vo. 2.5 mg (1-4 ml) iv ó im.
Narcóticos	Fentanyl* Meperidina**	50-100 ugr (1-2 ml) iv ó im. 50-100 mg im.

Tabla n.4. Tomaba de PHLIPP , B.K y col. " Local and regional anesthesia. Anesthesia for ambulatory surgery". ***Wetcheler,B.V. Ed. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 1985; 225-274. (94).***

* La combinación de droperidol y fentanyl, esta disponible como innovar, cada mililitro contiene 2.5 mg de droperidol y 50 ugr de fentanyl.

** El uso de narcóticos de acción prolongada como meperidina y morfina por lo general no se recomienda en pacientes de cirugía de corta estancia.

Los cuatro tipos principales de medicamentos utilizados en la premedicación son:

.-Fármacos anticolinérgicos.

.-Narcóticos.

.-Sedantes.

.-Antagonístas de la histamina junto con antiácidos.

.-Fármacos anticolinérgicos.

Los anticolinérgicos (atropina, escopolamina o glicopirrolato) no se indican por rutina en cirugía ambulatoria, debido a que los nuevos anestésicos son menos irritantes que los utilizados anteriormente y porque pueden aumentar o desencadenar los transtornos cardiacos.

.-Narcóticos.

El efecto primario de los analgésicos narcóticos es el alivio del dolor. Estos fármacos son de uso rutinario en la cirugía hospitalaria, sin embargo, sus efectos adversos limitan su uso en cirugía ambulatoria. El alfentanilo (95) es dentro de los narcóticos el más apropiado para su uso en este tipo de cirugía por su breve duración de acción y sus limitados efectos adversos. Los narcóticos de acción prolongada, sobre todo la meperidina y

la morfina, no se recomiendan en pacientes de cirugía de corta estancia.

.- Sedantes.

Los barbitúricos suelen ser fármacos de acción prolongada y por lo tanto no estan indicados en la cirugía ambulatoria. Los tranquilizantes no barbitúricos se estan utilizando con más fracuencia porque actuan sin ocasionar excesiva somnoliencia y potencian la acción de los fármacos anestésicos. Las fenotiacinas y el droperidol son potentes antieméticos (96), y las benzodiacepinas como el diacepam, son útiles para la amnesia y como tratamiento anticonvulsionante. Meridy (97) en una revisión de 1553 anestesias ambulatorias, no encontró diferencias significativas en el tiempo de recuperación entre los pacientes premedicados con diazepam y los no premedicados. JACOBSEN y cols. (98), en una serie prospectiva a doble ciego, tampoco encontraron diferencias entre el grupo premedicado con diazepam y el grupo placebo.

.-Antiácidos y antagonistas de la histamina.

El riesgo de aspiración gástrica y los efectos nocivos del contenido gástrico ácido sobre el aparato respiratorio , han sido un aspecto de preocupación en la cirugía ambulatoria. En los

pacientes con alto riesgo de presentar broncoaspiración, ej: diabéticos, obesos, embarazadas, se pueden administrar antiácidos sin partículas como el citrato sódico con el fin de elevar el pH gástrico. La administración de una dosis de 50 ml de dicho compuesto 1 hora antes de la cirugía aumenta el pH a nivel seguro, a expensas de un ligero incremento del volumen gástrico residual (99).

7.b.2.- ***ANESTESIA LOCAL Y REGIONAL.***

A medida que la cirugía de corta estancia se ha vuelto más popular, ha habido un aumento en el uso de anestésicos locales para el control local o regional del dolor. A menudo los anestésicos locales son administrados por el cirujano. Es muy importante que el paciente acepte y esté en condiciones psicológicas adecuadas para este tipo de anestesia. Obviamente, la anestesia local o regional cuando se administra en forma inadecuada o a un paciente emocionalmente inestable, produce transtornos notables.

Los anestésicos locales pueden clasificarse en dos grupos de acuerdo con su potencia y duración de accion (100):
en el cuadro de la siguiente página podemos observar dicha clasificación (tabla n 5).

CLASIFICACION DE ANESTESICOS LOCALES (según su duración y potencia) (100)

AGENTE	DURA. ANESTESICA (en horas)
Corta duración	
Lidocaína	1 - 2 h.
Mepivacaína	1 - 2 h.
Cloroprocaína	1 - 1 y 1/2 h.
Prilicaína	1 - 2 h.
Larga duración	
Tetracaína	1 y 1/2 - 3 h.
Bupivacaína	3 - 5 h.

Corta duración . REGIONAL	Larga duración. LOCAL.
Bloqueo espinal	0.25% bupivacaína lidocaína.
Bloqueo epidural	
Lidocaína	
Mepivacaína	
Cloroprocaína	
Prilocaína	

Tabla n. 5. Tomada de RYAN, J.A. y cols. " Outpatient inguinal herniorraphy with both regional and local anesthesia". Am .J. Surg. 1984, 148: 313-316. (100).

Las ventajas potenciales de la anestesia local y regional han sido estudiadas por diversos autores, Linares y cols (89). Así este autor nos las enumeran de la siguiente manera:

1.- Solamente es anestesiada el área o extremidad sometida a cirugía.

2.- Las náuseas y los vómitos son poco frecuentes en la anestesia locoregional (estas son las causas más frecuentes de reingreso).

3.- En los bloqueos periféricos, disminuye el riesgo de broncoaspiración.

4.- El tiempo de recuperación es menor con la anestesia loco-regional que con la anestesia general.

5.- Ciertos bloqueos alargan el tiempo de analgesia postoperatoria.

La mayor parte de los anestésicos locales se administran por infiltración de la zona a tratar. En el caso de que la anestesia sea locoregional, el anestésico se situará en las zonas nerviosas, raices o en el espacio subaracnoideo, como en el caso de la anestesia intradural. La combinación de un anestésico regional de acción corta como la lidocaína o mepivacaína más un

anestésico de acción prolongada, ha sido la técnica usada con más éxito para las herniorrafias inguinales, según Ryan y cols (100). Ponka (101) nos describe la realización de la técnica anestésica realizada hoy en día para la cirugía de la hernia con anestesia local que incluye los siguientes siete pasos:

1.- Habón dérmico de aproximadamente dos centimetros por dentro de la espina ilíaca anterosuperior.

2.- Infiltración a este nivel , subaponeurótico "en abanico" de 10 centimetros cúbicos de solución anestésica para bloquear los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico.

3.- Inyección de 10-15 centimetros cúbicos de solución anestésica subcutánea e intradérmica hacia el ombligo y hacia el tubérculo púbico.

4.- Posterior a la incisión de la piel y la fascia de Scarpa, infiltración múltiple subaponeurótica de 10 centimetros cúbicos de solución anestésica.

5.- Después de la excisión del cremaster, infiltración en círculo de toda la base del anillo profundo en las proximidades del saco herniario. En este momento se considera muy útil la infiltración con aguja intradérmica del propio nervio

cremastérico cuya sección junto con los vasos acompañantes suele ser muy dolorosa en caso contrario.

6.- Infiltración en las proximidades del ligamento de Cooper (solo si este va a ser utilizado en la herniorrafia).

7.- Una vez abierto el saco, se realiza infiltración preperitoneal de su base antes de la sección.

El uso de adrenalina con los anestésicos locales prolonga la duración del anestésico, sin demorar el inicio de su efecto. Sin embargo, la adrenalina no debe utilizarse con los anestésicos cuando la vascularidad distal al sitio de la infusión es marginal; estos sitios incluyen partes acras como: dedos de las manos y pies, nariz, oido externo, genitales masculinos. Además, los fármacos adrenérgicos no deben utilizarse en pacientes con cardiopatías inestables a menos que sea absolutamente necesario. El uso de anestésicos locales de acción prolongada, como la bupivacaína al 0.25 % inyectado al corte de la piel y al final del procedimiento, parece limitar el dolor posoperatorio y así estimular la actividad temprana y la deambulación. Con frecuencia esta técnica no solo demora el dolor, sino también lo reduce. Sin embargo, la bupivacaína no se recomienda en niños menores de doce años.

La toxicidad y alergia: La posibilidad de toxicidad sistémica debe ser considerada cuando se utilizan anestésicos locales, en especial cuando son administrados de forma regional para bloqueo de un nervio mayor. La toxicidad sistémica suele ocurrir por la administración intravascular accidental de estos fármacos. La reacción tóxica es ocasionada por el incremento súbito en la concentración sistémica (94). La frecuencia de administración esta directamente relacionada con el grado de tolerancia al medicamento, a mayor tolerancia mayor frecuencia. Otros factores que pueden inducir la toxicidad incluyen el grado de pureza del medicamento, acidósis sistémica y sensibilidad individual muy variable. Las reacciones tóxicas afectan a muchos sistemas. En el SNC, las reacciones varian desde somnoliencia hasta francas convulsiones. La toxicidad cardiovascular aparece de forma inicial como elevación de la presión arterial, y posteriormente, disminución de las resistencias sistémicas y de la contractilidad del miocardio conduciendo al colapso cardiovascular.

7.b.3.- ***ANESTESIA GENERAL.***

La anestesia general es una de las técnicas anestésicas empleada en la cirugía ambulatoria. Para que cumpla su objetivo es importante que utilicemos fármacos de corta acción, con una semivida de eliminación rápida y que tenga una baja incidencia de efectos secundarios como la náusea, vómitos, somnoliencia, cuya aparición obligaría al ingreso del paciente.

Fase de inducción: de los fármacos que disponemos en la actualidad destacamos el propofol, ya que es el fármaco que presenta menor tiempo de recuperación (102) y menos efectos secundarios (103,104). La dosis empleada dependerá del estado físico del paciente (ASA) , de la edad y del uso de la premedicación, pero en general es de 2 mg. Kp -1 por vía intravenosa.

Fase de mantenimiento: los fármacos anestésicos más ampliamente usados son el propofol, el óxido nitroso y los halogenados. El propofol para intervenciones de corta duración, tiene cualidades superiores a los halogenados, presenta un menor tiempo de recuperación (102) y menores efectos secundarios (103,104). Los halogenados más comunmente usados son el halotano, el isoflurano y el enflurano. El enflurano es el que presenta menor tiempo de recuperación. El isoflurano es el anestésico volátil más ampliamente usado por su baja toxicidad potencial.

Los analgésicos narcóticos que presentan menor tiempo de recuperación son el fentanilo, alfentanilo y el sufentanilo (105).

En relacción con los relajantes musculares, los más utilizados en cirugía ambulatoria son los de corta duración de acción, como la succinilcolina, el atracurio y el vecuronio de acción

intermedia. La succinilcolina es ideal para la intubación rápida, pero presenta inconvenientes sobre todo en cirugía ambulatoria ya que se asocia a dolores musculares debido a las fasciculaciones que produce. El atracurio es un relajante muscular no despolarizante que permite la intubación en 3-4 minutos dependiendo de la dosis, su duración esta entre 15-40 minutos en función de la temperatura y el pH (eliminación de Hoffman). Una gran ventaja de este relajante es que su metabolización es independiente del hígado y riñon, aunque puede provocar una reacción histaminoliberadora e hipotensión. El vecuronio es un fármaco seguro por la ausencia de efectos secundarios a las dosis clínicas empleadas. Sin embargo es una desventaja la variabilidad individual que presenta en relacción con el tiempo de recuperación.

La monitorización neuromuscular es importante, bien mediante neuroestimulador (usando el tren de cuatro) o valorando los signos clínicos indicadores de la buena recuperación de la relajación muscular como son :

1.- Ser capaz de levantar la cabeza y mantenerla más de cinco segundos.

2.- Fuerza inspiratoria superior a 20 cm de agua.

3.- Capacidad de toser.

Los fármacos reversores de la relajación muscular residual al final de la intervención como la neostigmina, aumentan la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios (106). No obstante, se deben utilizar para garantizar una adecuada decurarización. Se recomienda suplementar con O2 la reconversión de la anestesia general (107).

8. LA CIRUGIA AMBULATORIA EN ESPAÑA.

Lejos estamos de poder compararnos con Estados Unidos, podriamos decir que nos encontramos en el inicio de surgicenter de Phoenix (56). En nuestro país, a principios de los años 80, algunos grupos desarrollaron con éxito la práctica de intervenciones mayores en regimen ambulatorio. Este tipo de programas se dirigen como en nuestro caso, a patologías muy concretas (108,109) ó a una sóla especialidad quirúrgica, como el grupo del centro médico de Denia que posee una dilatada experiencia en cirugía general sin ingreso (110).

En 1990, se crea en el Hospital de Viladecans, en la Comunidad Autónoma de Cataluña, la que podría considerarse como la primera unidad multidisciplinaria de cirugía mayor ambulatoria (111) , en estos últimos años ya se empieza de forma más frecuente ha hablar de cirugía ambulatoria y de corta estancia en España, se han comenzado a realizar reuniones y jornadas frecuentes como: Reunión de Toledo (1989); Primera reunión internacional sobre cirugía de la pared abdominal", celebrada en Alcalá de Henares (Madrid 1991) ; Barcelona en Mayo y Noviembre (1991) y Febrero (1992); Tarragona en Noviembre (1991) así como reuniones a nivel Europeo, en las que se han debatido en mesas redondas y simposium los criterios y posibilidades,habiendose presentado también diversas comunicaciones reveladoras de la implantación de este programa y experiencia real.

La sociedad española de cirujanos en sus tres últimas reuniones anuales han recogido diversas comunicaciones e incluso en la reunión de Tenerife del año 1993, se dedicó un apartado a la cirugía ambulatoria y de corta estancia. Podemos considerar que este programa ha causado gran revolución en nuestra práctica médico-quirúrgica en solo escasos años de instauración, y que el personal médico reacio en un principio a este tipo de programa cada vez se estan integrando más.

En resumen, podriamos concretrar que el crecimiento y la expansión de la cirugía mayor ambulatoria se debe a tres hechos (35):

1.- La cirugia ambulatoria mayor es ya una forma totalmente aceptada de atención quirúrgica. Tanto el público, como los profesionales de la salud estan convencidos de que este nivel de cuidados quirúrgicos puede y debe proporcionarse extrahospitalariamente.

2.- La cirugía mayor ambulatoria es un fenómeno raro en el cuál todos los participantes se benefician, los pacientes prefieren este tipo de servicio a la hospitalización, porque es más cómodo, rápido, menos perturbador y exige cambios mínimos en los estilos de vida del enfermo y su familia.

3.- La cirugía mayor ambulatoria es eficaz en relacción al costo: este es, quizas, el ejemplo más evidente de economía en el sistema de servicios médicos, en un momento esencial. Al evitarse la hospitalización se favorece el factor de ahorro en los servicios médicos.

III. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS.

1. PLANTEAMIENTO.

De todo lo expuesto hasta ahora, se deduce que los programas de cirugía ambulatoria constituyen una parte muy importante y fundamental, hoy día, en los sistemas sanitarios. Sin embargo, estamos asistiendo a una lenta pero gradual incorporación de los distintos paises a este ámbito. Podemos decir que en los casi 25 años que nos separan del Surgicenter de Phoenix, ya en España hemos ido cambiando nuestros hábitos dentro del mundo quirúgico con óptimos beneficios socio-sanitarios.

Los motivos de la realización de este trabajo han sido:

1.- Los hospitales públicos en los últimos años se ven sometidos a una enorme presión asistencial y deben luchar contra importantes largas listas de espera de enfermos quirúrgicos. En nuestro Hospital según datos del servico de admisión la lista de espera de enfermos quirúrgicos en el año 1990 se situó aproximadamente en 1000 pacientes en término medio.

2.- Existe gran desequilibrio entre el número de camas hospitalarias disponibles y el número de habitantes por área sanitaria. El Hospital de Móstoles, con un total de 479 camas instaladas, 443 funcionantes y 173 pertenecientes a los servicios quirúrgicos, atiende un área de aproximadamente 369.188 habitantes (112), en estos datos podemos contrastar el gran

desequilibrio, dado que se dispone aproximadamente de una cama hospitalaria por cada 1000 habitantes.

3.- El gasto hospitalario se ha incrementado en los últimos años en estancias hospitalarias por proceso / cama / día, dado que todo el mundo tiene derecho a ser atendido en los hospitales públicos, y debido a los grandes avances en los campos diagnósticos y terapeúticos. Se cifra en 10.112.965 (en miles de pesetas) por año.

4.- Exíste beneficio en los programas de cirugía de corta estancia hospitalaria evitando infecciones nosocomiales, ya que el paciente esta ingresado el tiempo suficiente necesario para su recuperación, evitando los riesgos que suponen el ingreso hospitalarios en pacientes que se vulnera su estado defensivo inmunológico por el acto quirúrgico, en nuestro hospital según datos internos del servicio de medicina preventiva, la infección en cirugía programada es del 7,9%.

5.- Mejoras en la hospitalización domiciliaria por parte del personal paramédico.

6.- Apoyo desde el punto de vista administrativo en hospitales públicos de la cirugía ambulatoria por la reducción de costes.

7.- Mayor entusiasmo por parte del personal sanitario por los resultados obtenidos, aunque en un principio, el personal médico quirúrgico se mostró remiso a este tipo de programa, pero según se han ido obteniendo resultados positivos, los facultativos se muestran cada día más partidarios de aplicar este tipo de programas.

Los residentes del servicio de cirugía, apoyan este tipo de programas de cirugía de corta estancia, porque favorece el movimiento en el servicio de pacientes, incrementando así los conocimientos del quehacer quirúrgico.

8.- Ofrece la cirugía ambulatoria mayor intimidad y una respuesta más confortable al paciente, ya que retorna a su entorno familiar a las pocas horas de la cirugía.

9.- Permite mantener los mismos o mejores niveles de seguridad en morbi-mortalidad que los programas de ingreso hospitalario.

10.- La presentación de este programa de cirugía ambulatoria y de alta precoz es la consecuencia del trabajo que se esta realizando desde hace cinco años en nuestro hospital , Hospital General de Móstoles, perteneciente al área número ocho de la Comunidad de Madrid , en el que nos vemos sometídos a una gran presión asistencial, aproximadamente 400.000 habitantes, para 65

camas hospitalarias del que consta nuestro servicio de cirugía. El estudio que hemos llevado a cabo, corresponde a los 3 primeros años de funcionamiento.

Debido a la larga lista de espera en pacientes quirúrgicos, se ha puesto en marcha este programa de cirugía ambulatoria y de alta precoz. Contamos con un total de 9026 pacientes intervenidos en el transcurso de 36 meses, siendo 5595 pacientes de cirugía ambulatoria menor y 3431 pacientes de cirugía ambulatoria mayor. En el momento actual, no hay series globales en nuestro país que superen este volumen de pacientes.

2. OBJETIVOS.

1.- Descripción del desarrollo de programa de cirugía ambulatoria y de alta precoz que hemos desarrollado en nuestro área sanitaria (nº8) de la Comunidad de Madrid.

2.- Descripción de las diversas patologías susceptibles de pertenecer a este tipo de programas.

3.- Evaluar los resultados quirúrgicos globales, morbilidad, mortalidad.

4.- Comparar costos por proceso / día en relaccion con el hospital central, y de tiempo de baja laboral.

5.- Exponer las ventajas para el paciente y grado de confortabilidad y rentabilidad.

IV. MATERIAL Y METODOS.

1. DESCRIPCION SOCIOSANITARIA DEL AREA 8 C.A.M. (112).

1.a.MARCO FISICO:

El Area 8 se corresponde con el vértice suroeste de la Comunidad (figura n.1a y 1b) y sus características geográficas son las propias de una zona de transición entre el área metropolitana, con ciudades como Alcorcón (fotografía n.1), Móstoles (fotografía n.2) o Villaviciosa de Odón (fotografía n.3), y un sector rural que ocupa las comarcas de la Cuenca del río Perales y del valle medio del río Alberche (fotografía n.4).

En la zona metropolitana el modelo territorial es el clásico de las ciudades dormitorio articuladas en torno a una vía de comunicación (la N-V) con un urbanismo no reglado e impersonal. En las localidades como Villaviciosa de Odón, el urbanismo adopta formas más acordes con la ideología del consumo de "aire libre" adoptándose la tipología de viviendas adosadas (fotografía n.3).

El área rural está en cierta medida inducida por el desarrollo de urbanizaciones de segunda residencia. Destacan dos localidades que se constituyen en cabeceras comarcales: Navalcarnero (fotografía n.5) y San Martín de Valdeiglesias. El paisaje natural de esta comarca se conserva relativamente intacto debido

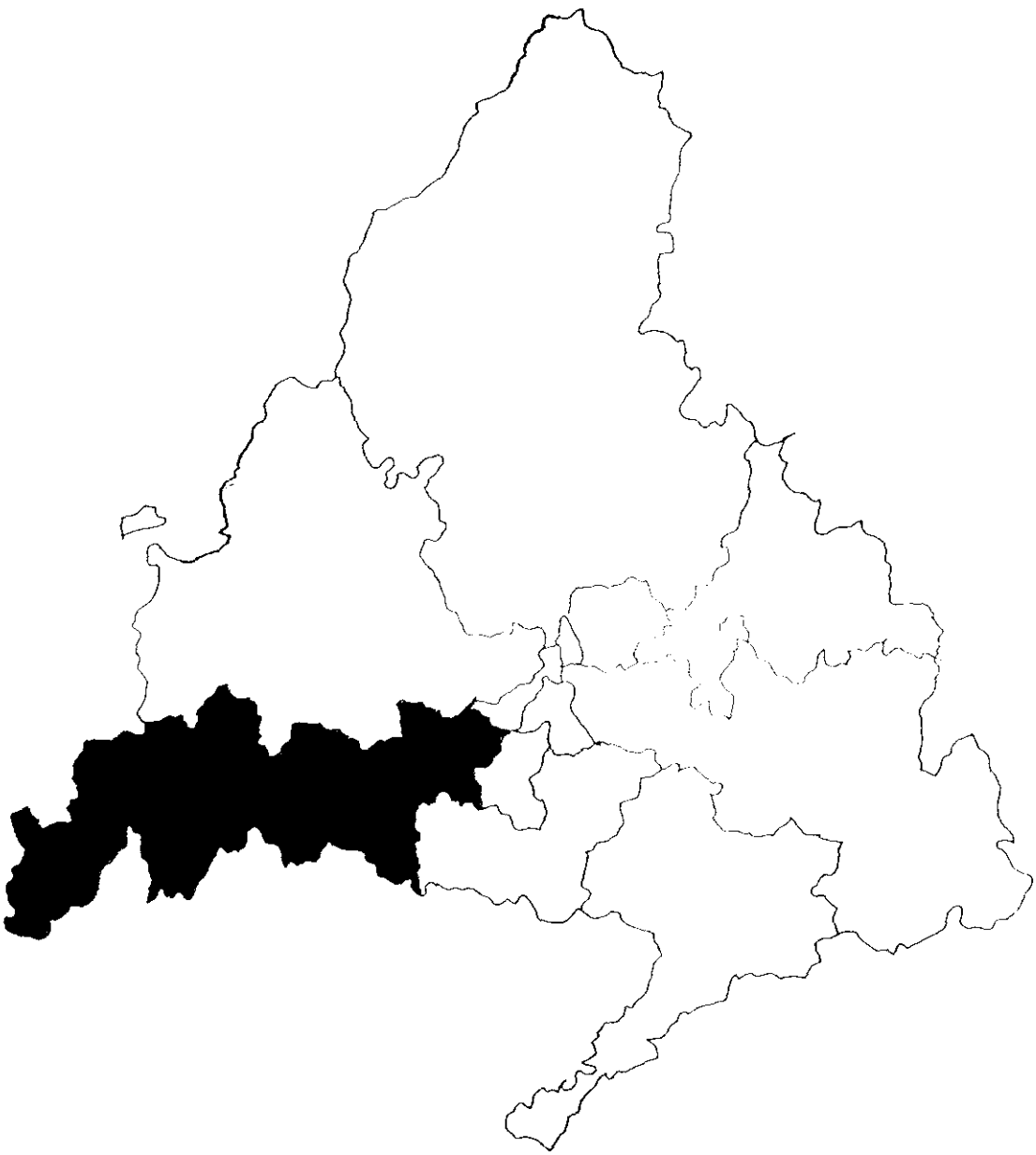


Figura n. 1a. Mapa de la C.A.M. Destacando el área 8. Tomada del MAPA SANITARIO C.A.M. Serie plan estratégico de atención sanitaria. 1990; 3: 59-159.

AREAS SANITARIAS
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

omunidad de Madrid
Consejería de Salud

ción General de Prevención
Promoción de la Salud

ervicio de Epidemiología

Fotografía n.1. Vista panorámica de Alcorcón. Tomada desde la M-40.

Fotografía n.2. Vista panorámica de Móstoles. Tomada desde la N-V.

Fotografía n.3. Vista panorámica de Villaviciosa de Odón. Tomada desde la urbanización " El Bosque".

Fotografía n.4. Vista panorámica del Rio Alberche.

Fotografía n.5. Vista panorámica de Navalcarnero . Tomada desde la N-V.

a la existencia de grandes fincas dedicadas a coto de caza, que han evitado su roturación.

En los municipios del área metropolitana se generan actividades industriales de carácter ligero: pequeñas industrias y almacenes. La población de estas ciudades trabaja por lo general en otros nucleos o en la propia ciudad de Madrid. Las actividades terciarias y comerciales ocupan a vecinos de estas ciudades, propietarios de pequeños negocios.

En la zona rural, las explotaciones agrarias han pasado a un segundo plano, destacando tan sólo los cultivos vitivinícolas, la explotación forestal o los nuevos cultivos "bajo plástico" del valle del Alberche. La economía de estos núcleos se está especializando progresivamente en los servicios a los nuevos residentes, permanentes o de fin de semana.

El sector metropolitano está relativamente bien comunicado con la ciudad mediante autovía (con carril sólo bus) y ferrocarril de cercanias. El problema fundamental de este sector es la excesiva demanda de viajes a Madrid, derivada de la antes citada carencia de empleo en los propios nucleos de población.

1.b. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

El área 8 (Suroeste 1) comprende los distritos sanitarios de Alcorcón, Móstoles y Navalcarnero (fotografías n.1-2-5), que se subdividen a su vez en 17 zonas básicas de salud. (Tablas n. 6 y 7), abarcando una extensión aproximadamente el 13% del total regional, aloja a poco más del 7% de la población. Su densidad de población de 376 hab/Km2 no la perfila, teoricamente, como un área muy densamente poblada en relacción con el resto de las áreas. Sin embargo, considerar la densidad de población del área en su conjunto no debe hacer olvidar que el 94% de sus habitantes se concentra en los tres municipios cabecera de distrito y esto sí es un dato particularmente relevante, para la planificación de servicios sanitarios o de otro tipo de esta zona.

La estructura poblacional, el análisis de su distribución por grandes grupos de edad según el padrón de 1986, muestra al área 8 como una de las más jovenes de la Comunidad, caracterizada por una amplia base de población menor de 15 años (32%) y son una proporción de mayores de 65 años (5.57%) de las más bajas en la Comunidad. Una distribución poblacional que, según las proyecciones de población a 1996, se prevé que evoluvione estrechando su base y achatando su cúspide, al tiempo que su población en edades comprendidas entre 15 y 64 años aumente notablemente (Tabla n. 8).

AREA 8 SUR-SUROESTE I.

Población: 369.188 hab. (población de derecho año 1986).

DISTRITOS	ZONAS BASICAS	MUNUCIPIOS BARRIOS SECTORES
8.1 Móstoles	8.1.1.Móstoles-1	Distrito 1, Sec. 4,7 a 23 Distrito 2, Sec. 7,8,18,19 Distrito 4, Sec.23,24,26,30
	8.1.2.Móstoles-2	Distrito 2, Sec. 9 a 13, 20 a 30
	8.1.3.Móstoles-3	Distrito 2, Sec. 6,14 a 17 Distrito 3, Sec. 2,4 a 7,10 a 16, 19 a 21 25
	8.1.4.Móstoles-4	Distrito 3, Sec.3, 8, 9, 17 18, 22, 23, 26
	8.1.5.Móstoles-5	Distrito 1, Sec. 5 y 6 Distrito 4, Sec. 10 a 17 y 25
	8.1.6.Móstoles-6	Distrito 1, Sec. 1 a 3 Distrito 2, Sec. 1 a 5 Distrito 3, Sec.1 Distrito 4, Sec. 1 a 7
	8.1.7.Villavi-ciosa de Odón	

Tabla n. 6. Tomada del MAPA SANITARIO C.A.M. Serie plan estratégico de atención sanitaria. 1990; 3: 59-159.

DISTRITOS	ZONAS BASICAS	MUNICIPIO BARRIO SECCION
8.2 Alcorcón	8.2.1 Alcorcón-1	Distrito 1,Sec. 1 a 9 Distrito 4,Sec. 1 a 6 y 9
	8.2.2 Alcorcón-2	Distrito 3,Sec. 1,2,5, y 7 Distrito 2,Sec. 1 a 8
	8.2.3 Alcorcón-3	Distrito 2,Sec. 9 a 21
	8.2.4 Alcorcón-4	Distrito 3,Sec. 3,4,6, 8 a 11, 16 a 19 y 23.
	8.2.5 Alcorcón-5	Distrito 3,Sec. 12 a 15, 20 a 22 y 24. Distrito 1,Sec. 10 a 14.
	8.2.6 Alcorcón-6	Distrito 4,Sec.7,8, 10 a 22
8.3 Navalcarnero	8.3.1 Cadalso de los Vidrios	Cadalso de los Vidrios Cenicientos Rozas de Puerto Real
	8.3.2 S.M. de Valdeiglesias.	San Martin de Valdeiglesias Pelayos de la Presa Chapineria Navas del Rey Colmenar de Arroyo.
	8.3.3 Villa del Prado	Villa del Prado Aldea del Fresno
	8.3.4 Navalcarnero	Navalcarnero El Alamo Sevilla la Nueva Villamanta Villamantilla Villanueva de Perales.

Tabla n. 7. Tomada del MAPA SANITARIO C.A.M. Serie plan estratégico de atención sanitaria. 1990; 3: 59-159.

DATOS DEMOGRAFICOS		
Superficie.	933 Km2	
Población de derecho 1986.	total varones mujeres	351.005 174.972 176.003
Porcentajes grandes grupos de edad.	0-14 15-64 65 y más	32.08% 62.35% 5.57%
Porcentaje de mujeres en edad fértil.	15-49	53.11%
Densidad de población.	376 hab/Km2	
Población de derecho 1-1-1989	total varones mujeres	369.188 184.134 185.034

Tabla n. 8. Tomada del MAPA SANITARIO C.A.M Serie plan estatégico de atención sanitaria. 1990; 3: 59-159.

SIGUIENTE

2. OFERTA SANITARIA (112).

2.a.Recursos físicos:

La red sanitaria de área está compuesta por 25 establecimientos sanitarios (tabla n. 9), que en su dependencia patrimonial se caracterizan por una presencia mayoritaria de la titularidad pública (23 centros) frente a la privada (2 centros) y supone la concentración en este área del 9 % de los centros del sector público y el 1.3% de los privados existentes en la región de Madrid.

La red de centros de urgencia está compuesta por dos establecimientos, dependientes del INSALUD, localizados uno en el municipio de Móstoles y el otro en Alcorcón, careciendo de este servicio en los municipios rurales.

Los tres centros hospitalarios existentes en el area dependen del INSALUD (2 hospitales: Hospital de Móstoles, fotografía n.6. y Hospital Hermanos Laguna) y 1 hospital de la Comunidad de Madrid,tabla n.10 y 11, siendo su actividad principal general en el primer caso y tipificada bajo el epígrafe de "otros" , en el segundo. El tamaño de los centros en cuanto a número de camas difiere , siendo el mayor el que corresponde al hospital general del área y que se encuadra en el grupo 251-500 camas (479 camas).

DATOS SANITARIOS.

OFERTA DE RECURSOS.

Centros sanitarios	25
Públicos	23
Privados	2
Hospitales	3
Públicos	3
Privados	-
Camas	633
Públicas	633
Privadas	-
Personal red sanitaria pública	2441
Sanitario	1827
No sanitario	603

Tabla n. 9. Tomada del MAPA SANITARIO C.A.M. Serie plan estratégico de atención sanitaria. 1990; 3: 59-159.

Fotografía n.6. Vista panorámica del Hospital de Móstoles.

Establecimientos hospitalarios y extrahospitalarios, según zona geográfica (n.° absolutos).

	MADRID MUNICIPIO	CORONA METRO POLITANA	OTROS MUNICIPIOS	TOTAL
Hospitales	-----	2	1	3
Ambulator.	-----	2	-----	2
Consultor.	-----	4	-----	4
Centros salud	-----	7	3	10
Centros monograf.	-----	5	-----	5
Otros centros	-----	1	-----	1
TOTAL	-----	21	4	25

Tabla n. 10. Tomada del MAPA SANITARIO C.A.M. Serie plan estratégico de atención sanitaria. 1990; 3: 59-159.

ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS Y EXTRAHOSPITALARIOS, SEGUN DEPENDENCIA PATRIMONAL (n°. absolutos).

	HOSPI TALES	AMBULA TORIOS	CONSUL TORIOS	CENTRO SALUD	CENTRO MONO- GRAFICO	OTROS CENTR	TOTAL
INSA- LUD	2	2	2	5	2	-	13
C.A.M	1	-	-	2	-	-	3
AYUN- TAMIEN TO	-	-	-	2	2	1	5
CRUZ ROJA	-	-	-	-	-	-	-
MIXTA	-	-	-	-	1	-	1
OTRAS ADMON PUBLI	-	-	-	1	-	-	1
TOTAL RED PUBL.	3	2	2	10	5	1	23
PRIVA- DOS	-	-	2	-	-	-	2
TOTAL	3	2	4	10	5	1	25

Tabla n. 11. Tomada MAPA SANITARIO C.A.M. Serie plan estratégico de atención sanitaria. 1990; 3: 59-159.

Fuente: Comunidad de Madrid ; Conserjeria de Salud; Dirección Provincialdel Insalud; Ayuntamientos; Centros privados. Elaboración propia.

2.b.Recursos humanos.

Los recursos humamos con los que cuenta la red sanitaria pública en el ámbito del área suman 2441 profesionales, incluidos el personal sanitario, no sanitario y directivo. En cuanto a la dependencia, la mayoría del mismo es gestionado por el INSALUD (86%); la Comunidad de Madrid le sigue en lo que se refiere a volumen de personal (7%) y el ayuntamiento, la administración míxta y otras administraciones gestionan el porcentaje restante de los recursos humanos en este área (7%) .

Dentro del personal sanitario, es el no facultativo el que presenta una mayor concentración hospitalaria (74%), mientras que el personal facultativo agrupa en este ámbito al 34% de sus profesionales. Si analizamos por categorias se observa que, en el primer caso, son los auxiliares de enfermería las que mayor representación hospitalaria muestran (92%), seguídos de los técnicos especialistas (76%) y las enfermeras (65%). En el segundo caso, los facultativos que se concentran en su totalidad en el ámbito hospitalario son los M.I.R. (100%), aunque dentro de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, en el tercer año realizan prácticas en los ambulatorios, mientras que en el ámbito extrahospitalario se concentra la totalidad de los médicos generales y el 51% de los médicos especialistas.

En el Hospital General de Móstoles (fotografía n.6), en el momento actual en la plantilla médica hay un total de 280 facultativos especialistas y 97 médicos internos residentes. En relación al servicio de Cirugía, está integrado por 1 Jefe de servicio, 2 Jefes de Sección, 13 médicos adjuntos, y 5 médicos internos residentes, lo cual hace un total de 16 médicos especialistas y 5 médicos en formación para cubrir las necesidades asistenciales del área.

3. DEMANDA SANITARIA DEL AREA 8 C.A.M (112).

3.a. Utilización de servicios:

Los recursos del ámbito extrahospitalario prestan asistencia de atención primaria (medicina general y pediatría) y de atención especializada. La actividad sanitaria extrahospitalaria realizada en el área supone 2.137.683 consultas, de las cuales el 79% corresponde a atención primaria y el 21% restante a la asistencia especializada.

Analizando el peso relativo de los distintos tipos de consulta, se observa que medicina general, con el 66%, y las consultas de especialidades, con el 21%, presentan porcentajes similares a los hallados en la Comunidad de Madrid, no ocurriendo así en pediatría, donde el porcentaje del área (12%) es superior al de la region (9%).

Los 14377 ingresos producidos en el área (tabla n.12) generan 189.236 estancias y corresponden el 51% a ingresos urgentes y el 49% restante a programados, siendo esta distribución proporcional diferente a la registrada en la Comunidad, ya que, en este ámbito se produce un porcentaje de ingresos programados inferior al del área (44%).

DEMANDA DE SERVICIOS.

Hospitalaria	
Ingresos	14.377
Estancias	189.326
Estancia media	13,26
Extrahospitalaria	
Consultas facultativas atención primaria	1.679.792
Modelo tradicional	1.399.353
Equipo atención primaria	289.502
Consultas de especialistas	457.891

Tabla n. 12 Tomada de MAPA SANITARIO C.A.M. Serie plan estratégico de atención sanitaria. 1990; 3: 59-159.

La actividad quirúrgica producida en el ámbito hospitalario supone un total de 13275 intervenciones, de las que un 38% son programadas y el 62% urgentes. Comparando esta distribución con la resultante en la Comunidad se manifiesta que el peso relativo de las intervenciones urgentes es mucho mayor en el área (62%) que en la Comunidad (34%). La actividad quirúrgica generada en el área representa aproximadamente el 7% del total regional.

Como resumen de lo analizado en este apartado se destaca en el área:

1.- Mayor porcentaje de actividad pediátrica en el área en relacción con la Comunidad.

2.- Mayor porcentaje de consulta programada en equipos de atención primaria.

3.- Elevada derivación a especialistas por parte de los pediatras de atención primaria.

4.- Elevada proporción de actividad quirúrgica hospitalaria urgente.

5.- Elevada proporción de consultas hospitalarias urgentes.

4. PERIODO DE TIEMPO DE ESTUDIO.

El periodo de tiempo comprendido en este estudio abarca desde Mayo de 1991 a Mayo 1994. Un total de tres años.

Estudiamos 9026 enfermos de diversas patologías, 3431 pacientes pertenecientes al grupo de cirugía mayor ambulatoria y 5595 pacientes incluidos en el grupo de cirugía menor ambulatoria. Todos ellos pertenecientes a nuestro área sanitaria, remitidos desde nuestras consultas de cirugía general en nuestros ambulatorios de Alcorcón (fotografía n.7) y de Móstoles (fotografía n.8). Todos los pacientes son estudiados y seleccionados preoperatoriamente en nuestras consultas y una vez finalizado el estudio son incluidos en nuestro programa.

Todos los enfermos han sido intervenidos en los tres centros que disponemos dependientes del INSALUD, uno , el propio Hospital central y dos unidades satélites ubicadas fuera del área sanitaria.

1.- HOSPITAL DE MOSTOLES. C/ Rio Jucar SN. Móstoles. Area n° 8. C.A.M. (fotografía n.6).

2.- PABELLON N°8 de la Ciudad Universitaria . Universidad Complutense de Madrid. Area n° 7 . C.A.M. (fotografía n.9).

3.- CLINICA SANTA CRISTINA. C/ O Donell N° 59. Madrid. Area n° 2 . C.A.M. (fotografía n.10).

En las siguientes tablas, se exponen las diversas patologías consideradas y el número total de pacientes intervenidos tanto de cirugía mayor ambulatoria y de cirugía menor. Tablas n. 13 y 14 (14-1,14-2).

Fotografía n.7. Ambulatorio de Alcorcón, situado en la Avd.Polvoranca.

Fotografía n.8. Ambulatorio de Móstoles, situado en la calle Coronel de Palma y Rio Bidasoa.

Fotografía n.9. Pabellón n.8. Ciudad Universitaria. Madrid

Fotografía n.10. Hospital Santa Cristina . Calle Odonell n.59. Madrid.

CIRUGIA MENOR AMBULATORIA. 5595 pacientes.

QUISTES DERMICOS	1308 pacientes.
VERRUGAS CUTANEAS	870 pacientes.
PAPILOMAS	797 pacientes.
UÑAS ENCARNADAS	726 pacientes.
LIPOMAS	645 pacientes.
NEVUS	371 pacientes.
FIBROMAS CUTANEOS	307 pacientes.
FOLICULITIS	173 pacientes.
CUERPOS EXTRAÑOS	92 pacientes.
BIOPSIAS DE ARTERIA TEMPORAL	76 pacientes.
LESIONES CUTANEAS BENIGNAS	72 pacientes.
EPITELIOMAS BASOCELULARES	62 pacientes.
ANGIOMAS CUTANEOS	52 pacientes.
EPITELIOMAS ESPINOCELULARES	26 pacientes.
FRENILLO LABIAL-LINGUAL	18 pacientes.
Total pacientes cirugía menor ambulatoria.	**5595 pacientes.**

Tabla n 13. Clasificación por patologías de la cirugía menor ambulatoria.

PATOLOGIA ESTUDIADA : CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. 3431 pacientes.

HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL.	1648 pacientes.
SINUS PILONIDAL.	662 pacientes.
PROCTOLOGIA.	483 pacientes.
VARICES DE MIEMBROS INFERIORES.	472 pacientes.
PATOLOGIA BENIGNA DE LA MAMA.	84 pacientes.
LIPOMAS GIGANTES.	82 pacientes.
Total de pacientes de cirugía mayor ambulatoria.	**3431 pacientes.**

Tabla n. 14. Clasificación por patologías de la cirugía mayor ambulatoria.

HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL. 1648 pacientes.

Hernias inguinales.	1168 pacientes.
Hernias crurales.	293 pacientes.
Herias umbilicales.	73 pacientes.
Persistencia conducto peritoneo vaginal.	48 pacientes.
Hernias recidivadas.	35 pacientes.
Hernias epigástricas.	14 pacientes.
Eventraciones postlaparotomia supraumbilicales.	12 pacientes.
Eventraciones postlaparotomia infraumbilicales.	5 pacientes.
Total hernias pared abdominal.	**1648 pacientes.**

Tabla n. 14.1. Subclasificación de la patología de hernias de la pared abdominal en los 36 meses de estudio.

PROCTOLOGIA. 483 pacientes.

Hemorroides.	241 pacientes.
Fisura anal.	96 pacientes.
Fístula perianal.	83 pacientes.
Hemorroide + fisura.	33 pacientes.
Hemorroide + fístula.	12 pacientes.
Fístula + fisura.	8 pacientes.
Condilomas perianales.	7 pacientes.
Hemorroides + fístula + fisura.	3 pacientes.
Total pacientes proctología.	**483 pacientes.** (542 procedimientos quirúrgicos)

Tabla n.14.2. Subclasificación de los procesos proctológicos realizados en los 36 meses de estudio.

5. METODO.

1.- Todos los pacientes de nuestro estudio fueron diagnosticados y estudiados preoperatoriamente en nuestras consultas de cirugía de los ambulatorios de zona, Polvoranca en Alcorcón (fotografía n.7) y Coronel de Palma en Móstoles (fotografía n.8).

2.- En los criterios de selección se tuvo en cuenta:

.- La edad del paciente , aunque no fue condición determinante.

.- La no coexistencia de enfermedades asociadas sistemicas, cardiopulmonares, tromboembolicas , que superen el ASA III según la clasificación de la American Society of Anesthesiologist (ASA) (81,86,88).

.- Intervenciones quirúrgicas técnicamente sencillas tales como hernias, varices, patología proctológica, cirugía del sinus, patología benigna de la mama.

.- Que la distancia al centro Hospitalario no diste más de una hora.

.- Existencia de convivientes en el domicilio.

.- No existencia de obstaculos psicológicos y de aceptación por parte del paciente, una vez explicado detenidamente el plan.

3.- Los pacientes ingresaron la tarde previa a su cirugía, en los unidades satélites (Pabellón N. 8 y Hospital Santa Cristina, fotografías n 9 y 10 respectivamente) a excepción de los enfermos intervenidos en el hospital central , Hospital de Móstoles (fotografía n.6), que ingresaron en su mayoria la mañana de la cirugía. Una vez ingresados, todos los pacientes fueron preparados en la planta, posteriormente fueron llevados a quirófano, donde se efectuó el acto quirúrgico, seguidamente, pasaron a la unidad de reanimación, y desde ésta, se les llevó a su habitación, donde inició la tolerancia, ingesta oral y deambulación.

6. TOTAL DE ENFERMOS.

6.a. Enfermos cirugía menor ambulatoria.

En el transcurso de los 36 meses en el que hemos llevado a cabo este estudio, se ha intervenido un total de 5595 pacientes de cirugía ambulatoria estricta. A todos los pacientes se les estudió en las consultas de cirugía de los ambulatorios de zona (Polvoranca en Alcorcón fotografía n.7 y Coronel de Palma en Móstoles fotografía n. 8), se solicitó un preoperatorio compuesto por coulter y coagulación, solicitando electrocardiograma y radiología de torax si presentaban antecedentes de afecciones cardiopulmonares o sistémicas.

Una vez revisado el preoperatorio, los pacientes acuden bajo cita previa a los quirofanos ubicados en la consulta de cirugía del Hospital de Móstoles (fotografía n. 6) y en los centros satélites, Pabellón N.8 y H. Santa Cristina. Fotografías n.9 y 10 respectivamente.

Los pacientes son dados de alta tras la cirugía controlandose la evolución de las heridas quirúrgicas a los 7-8 días en las consultas externas de cirugía de los ambulatorios de zona.

En este tiempo hemos intervenido un total de 5595 pacientes, de estos el 53.9% (3017 pacientes) fueron mujeres, y el 46.1 % fueron hombres (2578 pacientes), con edades comprendidas entre 3 y 89 años, con mayor incidencia en la tercera década de la vida.

La distribución por patologías fue la siguiente:

QUISTES EPIDERMICOS: 1308 pacientes fueron intervenidos de quistes epidérmicos (quistes epidérmicos, quistes pilosos, quistes dermoides), de estos el 56.2% (736) fueron mujeres y el 43.8% (572) fueron varones. El tratamiento quirúrgico consistió en extirpación simple con anestesia local y sutura primaria con seda.

VERRUGAS CUTANEAS: Un total de 870 pacientes fueron intervenidos de verrugas cutáneas (verruga vulgar, verrugas planas), de estas 50 fueron verrugas planas y el resto verrugas vulgares. De los 870 pacientes intervenidos, el 58.3% (508 pacientes) fueron mujeres y el 41.7% restante (362 pacientes) varones. La técnica quirúrgica empleada con anestesia local, fue la extirpación o cauterización de la lesión según localización, tamaño y experiencia del cirujano.

PAPILOMAS: Se realizó extirpación de papilomas en un total de 797 pacientes de los cuales 476 pacientes (59.7%) fueron mujeres y 321 pacientes fueron varones (40.3%). La técnica más empleada fue la extirpación bajo anestesia local en bloque con cierre primario, la electrocoagulación se ha usado en escasas ocasiones y su criterio de utilización se ha seguido según experiencia personal del cirujano. No disponemos en nuestro medio de crioterapia.

UÑAS ENCARNADAS: 726 pacientes fueron diagnosticados de uñas encarnadas, de los cuales el 69.2% (503 pacientes) fueron varones y el 30.8% (223 pacientes) fueron mujeres. La técnica quirúrgica consistió en extirpación ungueal y del granuloma bajo anestesia local troncular. Del total de pacientes, 103 (60 hombres y 43 mujeres) presentaban cuadro de recidiva. Se realizó extirpación de matriz ungueal en 30 de los casos, en el resto se volvió a realizar extirpación de la uña encarnada.

LIPOMAS: 645 fueron intervenidos de lipomas, de estos el 51.9% (335) fueron mujeres y el 48.1% (310) varones. La técnica quirúrgica empleada fue incisión sobre tumoración previa infiltración con anestésico local (mepivacaína al 1%) con extirpación y sutura primaria con seda. De estos 9 casos fueron

diagnosticados anatomopatológicamente de tumores malignos de partes blandas y precisaron reintervención y tratamiento complementario por el servicio de cirugía y oncología.

NEVUS: De los 371 pacientes diagnosticados de nevus, 248 pacientes son mujeres (66.8%) y 123 varones (33.2%), de estos se llegó al diagnostico anatomopatológico de melanoma en 11 pacientes, los cuales se reingresaron para reintervención con ampliación de bordes de seguridad, posteriormente son remitidos a la consulta de oncología para valoración de tratamiento (inmunoterápia).

FIBROMAS CUTANEOS: Dentro de los fibromas cutáneos, los más frecuentes fueron los dermatofibromas y los fibromas blandos. Se extirparon quirúrgicamente en un total de 307 pacientes, de los cuales el 52.7% (162) fueron mujeres y 47.3% (145) fueron varones. La técnica quirúrgica realizada bajo anestesia local consistió en extirpación simple y sutura primaria con seda.

FOLICULITIS: Un total de 173 pacientes de nuestro estudio fueron diagnosticados de foliculítis, 102 pacientes fueron mujeres (58.9%) y el resto 71 pacientes (41.1%) fueron varones, la técnica a seguir fue la extirpación en bloque previa infiltración anestésica y cierre primario con seda.

CUERPOS EXTRAÑOS: Se detectó la presencia de cuerpos extraños en 92 pacientes de los cuales 71 pacientes fueron varones (77.2%) y 21 pacientes fueron mujeres (22.8%). La mayoría de los pacientes fueron varones , en su mayoría eran trabajadores manuales y dichas lesiones la localización más frecuente fue en miembros superiores. La técnica quirúrgica fue la exploración bajo anestesia local y extracción del cuerpo extraño con cierre primario.

BIOPSIA DE ARTERIA TEMPORAL: Se realizó un total de 76 biopsias de arteria temporal a solicitud del servicio de medicina interna de nuestro hospital como dato confirmatorio de arteritis de la temporal. De los 76 pacientes, 57 fueron mujeres (75%) y 19 fueron varones (25%).

LESIONES CUTANEAS BENIGNAS (MISCELANEA): Realizamos la extirpación de lesiones cutáneas benignas a 72 pacientes , de los cuales 53 pacientes fueron mujeres (73.6%) y 19 pacientes fueron varones (26.4%). Dentro de estas lesiones varias, de caracteristicas benignas estan: Hamartomas, adenomas de anexos epidérmicos, neurofibromas. La técnica quirúrgica empleada ha sido la descrita en apartados anteriores: infiltración con anestesia local, extirpación y sutura primaria.

EPITELIOMAS: De los 88 pacientes diagnosticados de epiteliomas, 62 pacientes presentaron epiteliomas basocelulares de estos 36 pacientes fueron mujeres (58%) y 26 fueron varones (42%), el resto, 26 pacientes fueron diagnosticados de epiteliomas espinocelulares, de estos 14 fueron mujeres (53.8%) y 12 varones (46.2%). La técnica quirúrgica realizada fue la extirpación de tumoración con anestesia local y cierre primario remitiendolos posteriormente a control por el servicio de dermatología.
Se reintervinieron a 7 de estos pacientes, para ampliación de bordes, dada la afectación de estos a nivel microscópico.

ANGIOMAS: Fueron diagnosticados 52 pacientes de angiomas, de los cuales 38 fueron mujeres (73.1%) Y 14 varones (26.9%), en la mayoría de los casos con anestesia local se realizó electrocoagulación o extirpación en bloque.

FRENILLO LINGUAL y/o LABIAL: De los 18 pacientes diagnosticados de frenillo lingual y/o labial, 10 hombres (55.5%) y 8 mujeres (44.5%). Todos los pacientes estuvieron comprendidos entre los 2 y 7 años. La técnica realizada fue infiltración con anestesia local , sección con ligadura y sutura reabsorbible.

6.b. Enfermos de cirugía mayor ambulatoria.

6.b.1.HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL.

Edad y sexo: Durante el periodo de nuestro estudio, de los 1648 pacientes intervenidos por hernias en la pared abdominal, fueron 542 mujeres (32.8%) y el resto 1106 pacientes (67.11%) varones. Las edades oscilaron entre 2 y 98 años. La edad media se situó en 47.9 años. Presentando mayor incidencia en la cuarta década de la vida.

Distribución de pacientes por edades:

edad	**edad**	
0	9	30 pacientes.
10	19	17 pacientes.
20	29	149 pacientes.
30	39	448 pacientes.
40	49	358 pacientes.
50	59	257 pacientes.
60	69	231 pacientes.
70	79	105 pacientes.
80	89	42 pacientes.
90	99	11 pacientes.

Selección de pacientes: Los pacientes fueron diagnosticados de

hernias de la pared abdominal (figura n.2) y estudiados en nuestras consultas de cirugía de los ambulatorios. El diagnóstico se realizó por medio de la exploración fisica. Las pruebas complementarias solicitadas para el preoperatorio consistieron en un estudio hematológico completo más coagulación, ECG y Rx de torax si son mayores de 40 años de edad o presentan patologías previas.

Antecedentes personales: En cuanto a la clasificación del riesgo anestésico segun la sociedad americana de anestesia (ASA): 1368 pacientes fueron ASA I; 235 pacientes fueron ASA II y 45 pacientes fueron ASA III.

Clinica: La causa más frecuente diagnóstica fue la presencia de tumoración con o sin dolor que les llevó a los pacientes a nuestra consulta, bien remitidos por su médico de zona o bien desde el servicio de urgencias del hospital.

Tipos de hernias:

.- Hernias inguinales 1168 pacientes:

Hernias inguinales directas.... 338 pacientes.

199 hombres y 139 mujeres.

Hernias inguinales indirectas... 650 pacientes.

612 hombres y 38 mujeres.

Hernias ing. directa + indirecta..180 pacientes.

178 hombres y 2 mujeres.

.- Presistencia del conducto peritoneo vaginal: 48 pac.

48 hombres.

.- Hernias umbilicales: 73 pac.

21 hombres y 52 mujeres.

.- Eventración postlaparotomia: 17 pac.

6 hombres y 11 mujeres.

.- Hernias crurales : 293 pacientes.

9 hombres y 284 mujeres.

.- Hermias recidivadas : 35 pacientes.

30 hombres y 5 mujeres.

.- Hernias epigástricas: 14 pacientes.

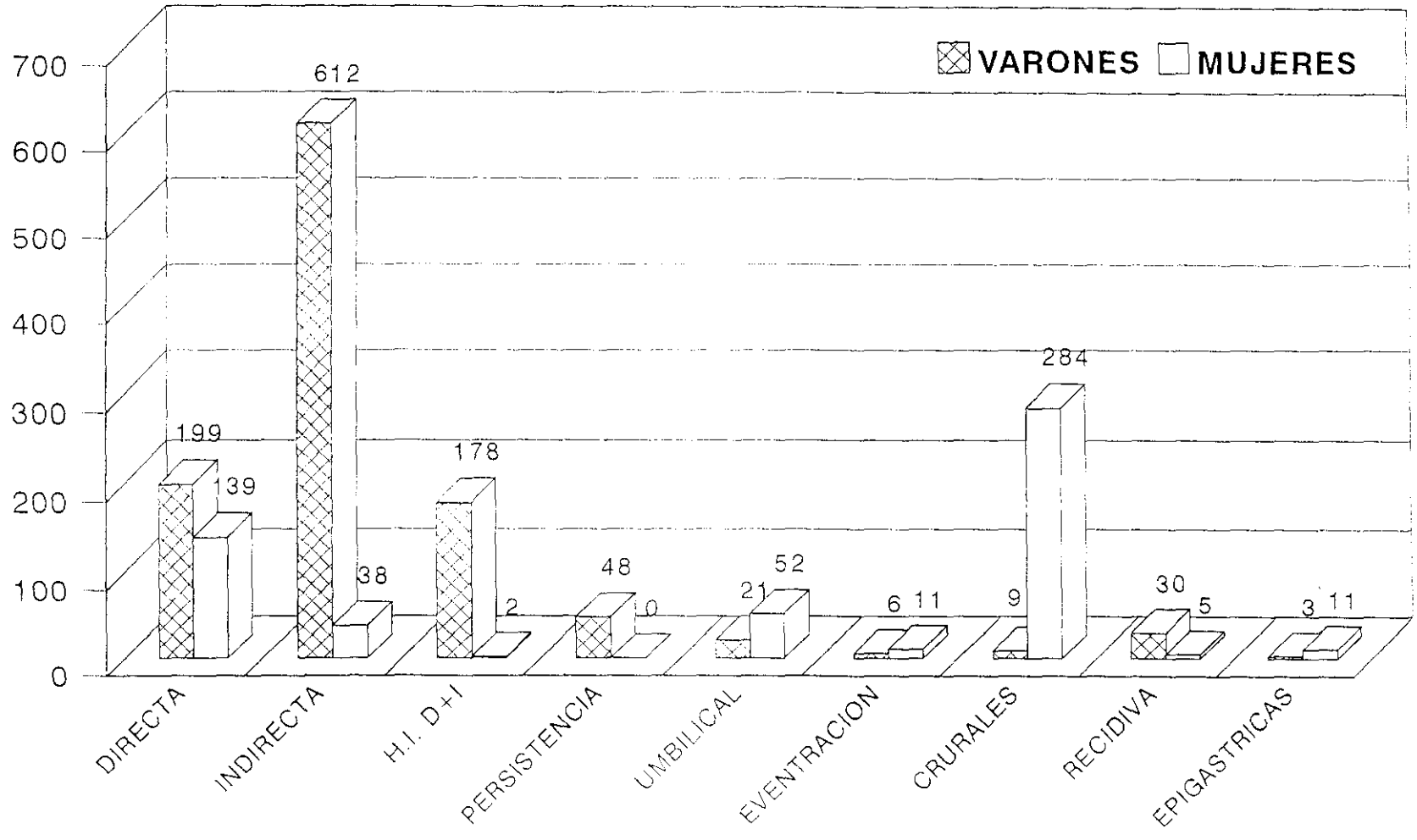
3 hombres y 11 mujeres.

En la siguiente figura (figura n.2), podemos apreciar la distribución por patologías en relacción con el número de pacientes y sexo.

Todos los pacientes ingresaron en el hospital el mismo día de

CIRUGIA DE LA HERNIA

TIPO DE PATOLOGIA



n = 1648

figura n.2.

la cirugía, o bien la tarde previa al acto quirúrgico si este se realizaba en una de las unidades satélites. No incluimos los pacientes ingresados via de urgencias por incarceración o estrangulación herniaria.

Técnica anestésica:

La técnica anestésica empleada en los pacientes de nuestra serie fue la siguiente: (figura n.3).

.- Anestesia local 513 pacientes (31.12%).
351 hombres y 162 mujeres.

.- Anestesia locoregional: 852 pacientes (51.69%).
577 hombres y 275 mujeres.

.- Anestesia general : 283 pacientes (17.17%).
178 hombres y 105 mujeres.

La realización de la técnica de infiltración con anestesia local ha sido suficientemente descrita por PONKA JL.(101) , los pasos esenciales son: bloqueo de los nervios ilioinguinal e iliohipogastrico en la e.i.a.s., infiltración del tubérculo púbico, linea de incisión y celular subcutáneo. Durante la

intervención se realizó infiltración subaponeurótica previa a su apertura e infiltración del cuello del saco herniario en caso de hernias indirectas.

Los procedimientos quirúrgicos empleados fueron los siguientes: se exponen en la siguiente tabla (tabla n.15).

TECNICA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Bassini	708	42.96%
Lotheissen	240	14.56%
Plicatura fascia transversalis + Bassini.	381	23.11%
Shouldice	25	1.51%
Malla	57	3.45%
Plug de Lichenstein	105	6.37%
Cierre primario	71	4.30%
Mayo	61	3.70%

El 42.96% (708 casos) correspondió a reparaciones de tipo Bassini, seguido por la plicatura de la fascia transversalis + Bassini con el 23.11% (381 casos) , técnica empleada en las hernias directas , la técnica de Lotheissen- Mac Vay se empleó en el 14.56% (240 casos) para la reparación de hernias directas y crurales. En los últimos dos años, la técnica de Lichenstein

en las hernias crurales ha ido ganando terreno asi tenemos en nuestra serie: 105 casos que representan el 6.37% del global en la patología herniaria. En el caso de mallas se han utilizado en 57 casos que representan el 3.45%, sobre todo cuando los tejidos eran precarios y/o la recidiva era al menos por segunda o tercera vez, las mallas utilizadas son de material irreabsorbible (polipropileno).

En cuanto al meterial de sutura en lineas generales se ha utilizado material irreabsorvible en la mayoria de los casos polipropileno (Prolene), otros facultativos han elegido suturas reabsorvibles a largo plazo como el acido poliglicólico (Dexon). y en ciertos casos y según el facultativo Tycron (poliester trenzado).

Se utilizaron drenajes de típo aspirativo, cuando se consideró necesario, o bien tras la colocación de una malla o tras la reparación de grandes hernias con un espacio vacio suprayacente.

El uso de profilaxis antibiotica fué ocasional, según la técnica o material empleado, así cuando se utilizó malla se pautó una cefalosporina de segunda generación .

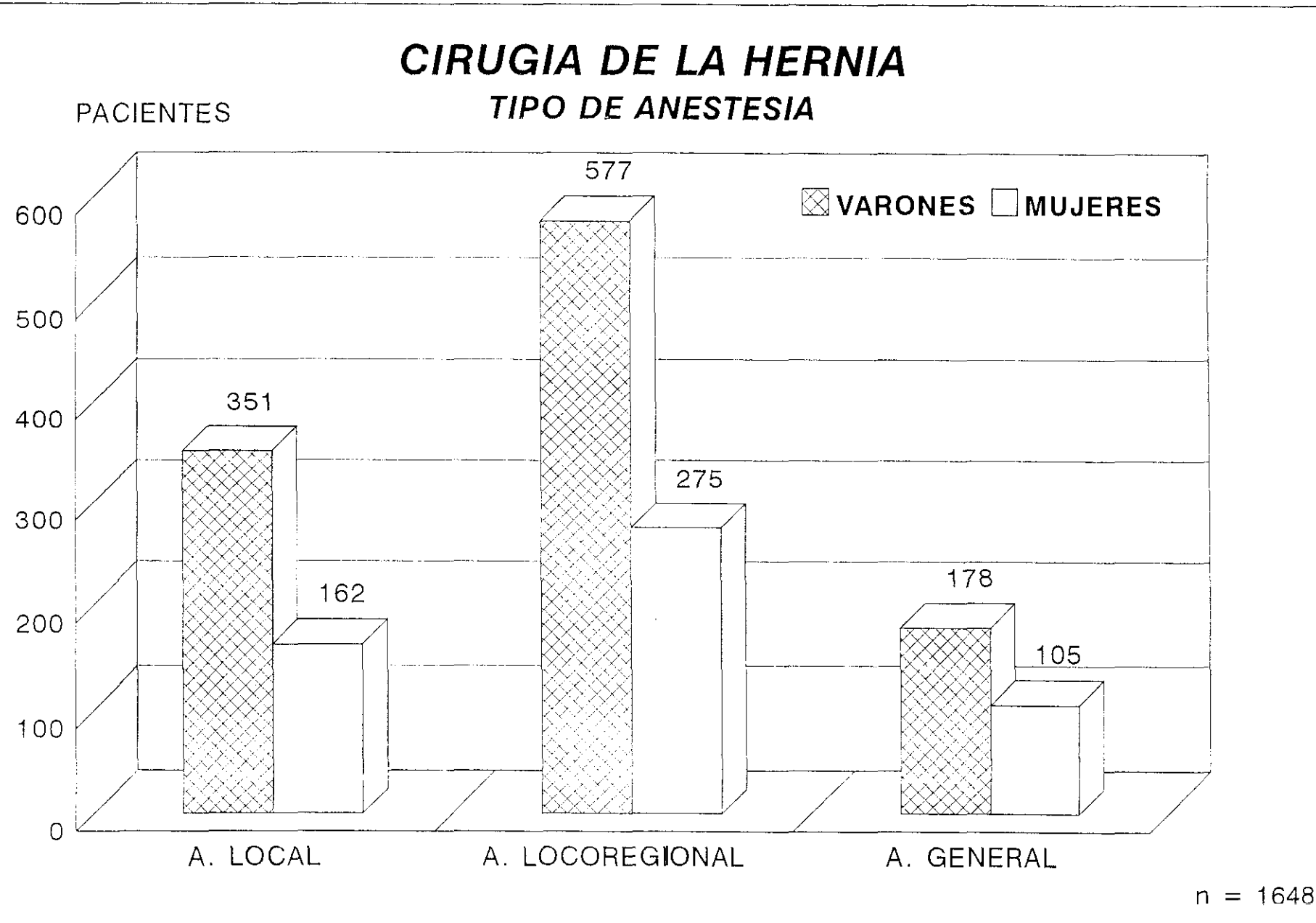

CIRUGIA DE LA HERNIA
TIPO DE ANESTESIA
PACIENTES
VARONES
MUJERES
600
500
400
300
200
100
0
351
162
577
275
178
105
A. LOCAL
A. LOCOREGIONAL
A. GENERAL
n = 1648

figura n.3.

6.b.2.SINUS PILONIDAL.

Edad y sexo: Se han intervenido un total de 662 pacientes diagnosticados de sinus pilonidal, de los cuales el 71% (470 pacientes) fueron varones y el 29% (192 pacientes)mujeres. Las edades oscilaron entre 16 y 69 años, situandose la edad media en 24.49 años. Presentando mayor incidencia en la tercera década de la vida.

Distribución de pacientes por edades:

edad	**edad**	
0	9	0 pacientes.
10	19	198 pacientes.
20	29	301 pacientes.
30	39	118 pacientes.
40	49	35 pacientes.
50	59	8 pacientes.
60	69	2 pacientes.

Seleción de pacientes: El diagnóstico y pruebas preoperatorias se llevaron a cabo en las consultas de nuestros ambulatorios. Los pacientes fueron diagnosticados de sinus pilonidal en nuestras consultas de cirugía bien en primera visita o en gran parte remitidos del servicio de urgencias de nuestro Hospital tras haber sido drenados por abceso. Las pruebas complementarias solicitadas para el preoperatorio consistieron en un estudio

hematológico completo más coagulación, ECG y Rx de torax según antecedentes del paciente y con edad superior a cuarenta años.

Antecedentes personales: En relación con la clasificación del riesgo anestésico según la sociedad americana de anestesia (ASA) fue la siguiente: 649 pacientes fueron ASA I y el resto 13 pacientes ASA II.

Clinica: La sintomatología más frecuente en los pacientes diagnosticados de sinus pilonidal fue : **el dolor; la inflamación y supuración ,** de tal modo que el 60% de los pacientes intervenidos habian tenido que ser sometidos a drenaje previo al acto quirúrgico.

Tecnica quirúrgica:

De los 662 pacientes intervenidos, el 92.1% (610 pacientes, 439 varones y 171 mujeres) fueron intervenidos con anestesia local (figura n.4) utilizando scandicain al 1% sin sobrepasar la dosis cardiotóxica. El 4.8% (32 pacientes, 18 hombres y 14 mujeres) se realizó la intervención con anestesia locoregional (Raquianestesia o anestesia epidural), esta técnica fue la más empleada en el Hospital de Santa Cristina, dado que es un hospital docente el cual cuenta con médicos residentes en formación en el servicio de anestesia. El resto de pacientes 3.1 % (13 hombres y 7 mujeres) se intervino con anestesia

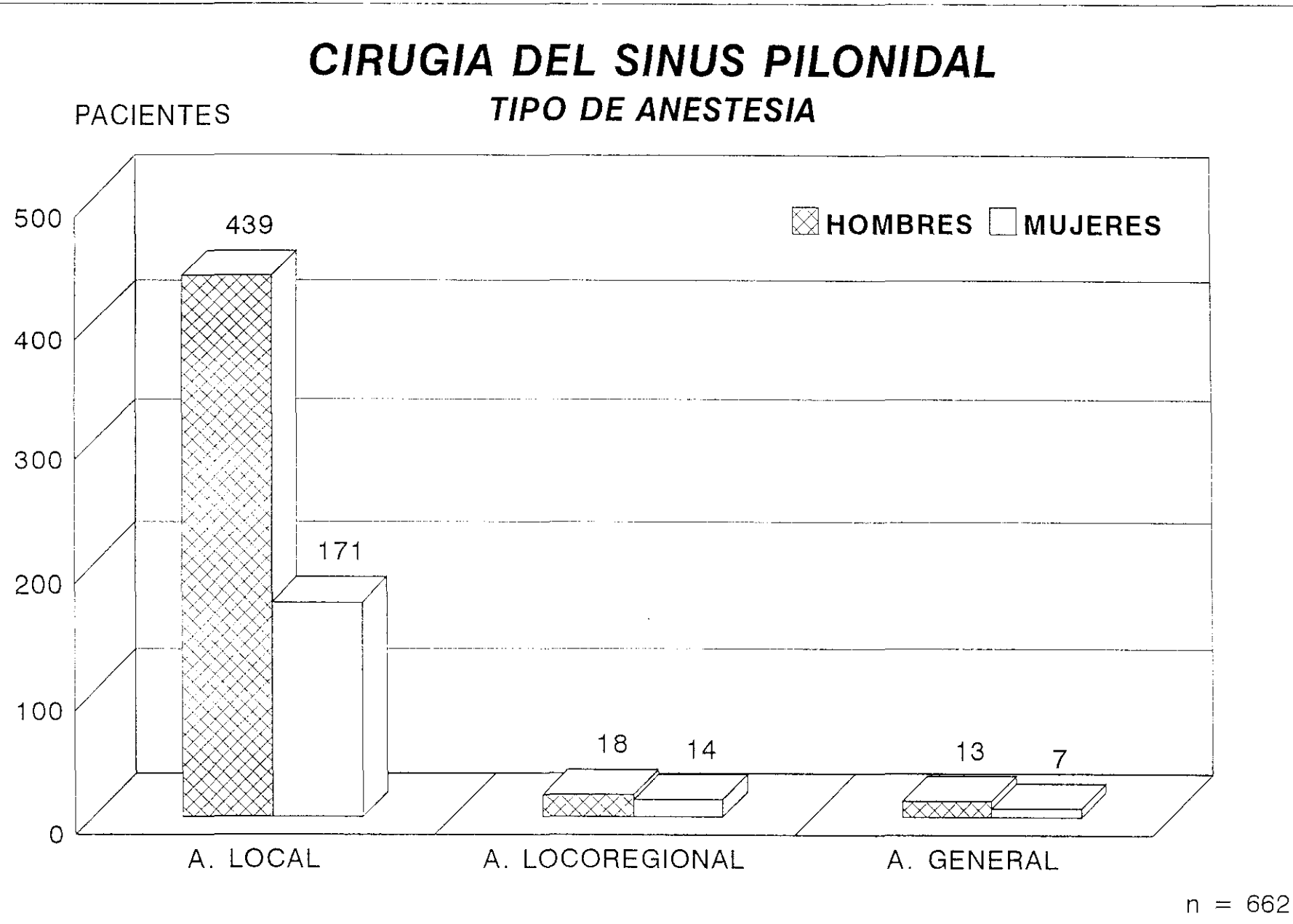

CIRUGIA DEL SINUS PILONIDAL
TIPO DE ANESTESIA
PACIENTES
HOMBRES
MUJERES
500
400
300
200
100
0
439
171
18
14
13
7
A. LOCAL
A. LOCOREGIONAL
A. GENERAL
n = 662

figura n.4.

general, este tipo de anestesia se ha abandonado en la actualidad en nuestro servicio, dado los buenos resultados de las técnicas alternativas.

La técnica quirúrgica empleada (figura n.5) esta en función de la experiencia personal de cada cirujano y de las caracteristicas del sinus pilonidal, en nuestro trabajo podemos apreciar que la técnica más empleada fue la extirpación en bloque con cierre primario en el 55.89 % de los pacientes 370 (270 hombres y 100 mujeres), seguida de la técnica consistente en extirpación en bloque con posterior marsupializacion de los bordes libres, en el 37.76% (250 pacientes,180 hombres y 70 mujeres) y finalmente a 42 pacientes , 20 hombres y 22 mujeres, (6.34%) se realizó con extirpación en bloque, empleando la técnica abierta (cierre por segunda intención).

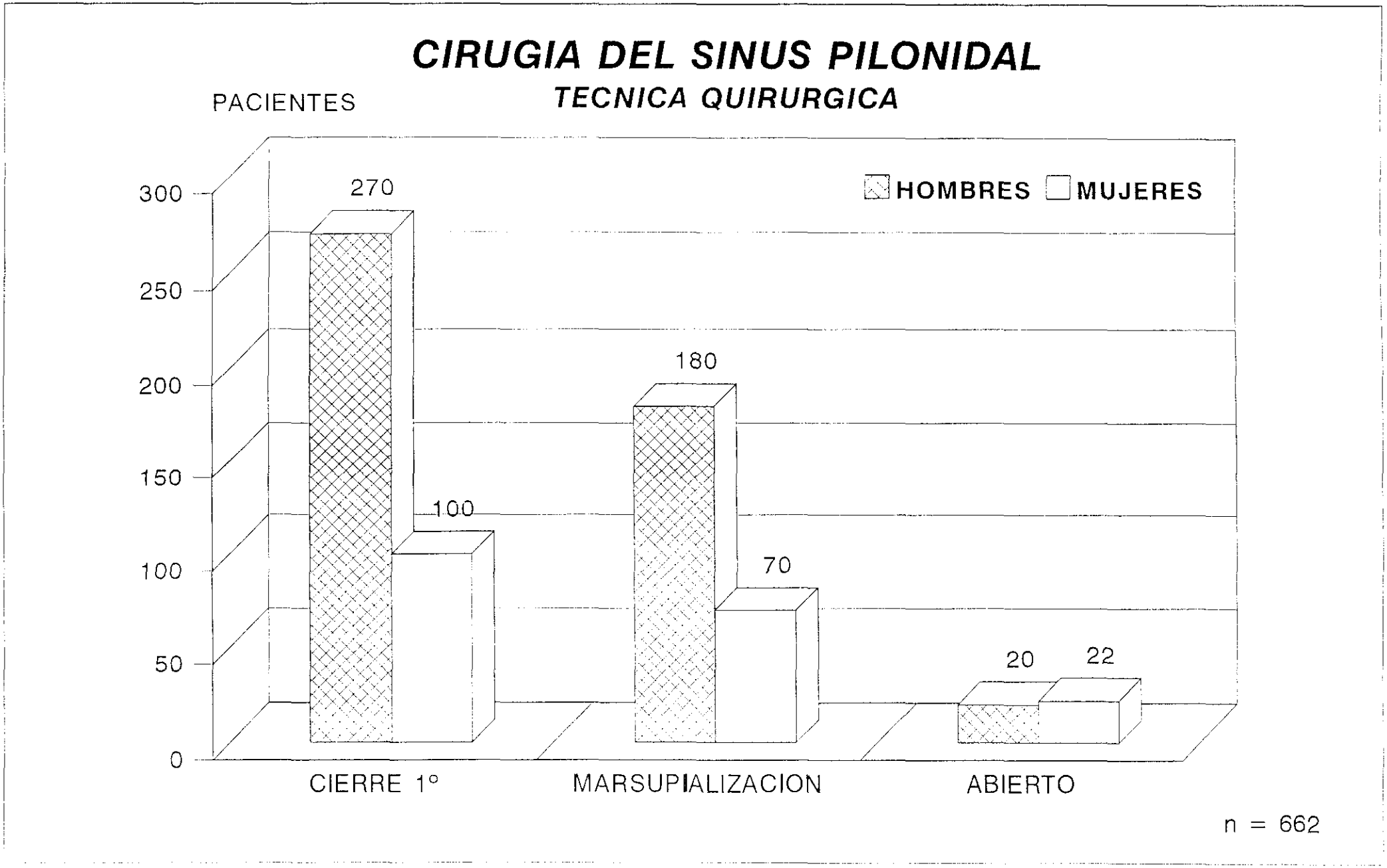

CIRUGIA DEL SINUS PILONIDAL
TECNICA QUIRURGICA
PACIENTES
HOMBRES
MUJERES
300
250
200
150
100
50
0
270
100
180
70
20
22
CIERRE 1°
MARSUPIALIZACION
ABIERTO
n = 662

figura n.5.

6.b.3.PATOLOGIA ANAL.

Edad y sexo: Hemos practicado un total de 542 procedimientos quirúrgicos en 483 pacientes donde existió un claro predominio del sexo masculino 300 hombres (62.11%) y 183 mujeres (37.88%). Las edades oscilaron entre 22 y 68 años, situandose la edad media en 42.9 años de edad, presentandose mayor incidencia en la quinta década de la vida.
Distribución de pacientes por edades:

edad	**edad**	
0	9	0 pacientes
10	19	0 pacientes
20	29	67 pacientes
30	39	125 pacientes
40	49	152 pacientes
50	59	92 pacientes
60	69	47 pacientes

Selección de pacientes: Los pacientes fueron remitidos a nuestra consulta de cirugía para estudio, bien procedentes del servicio de urgencias de nuestro hospital o de los centros de salud, se les realizó como preoperatorio estudio hematológico y de coagulación, solicitando ECG y Rx torax segun criterios de riesgo anestésico (edad superior 40 años, antecedentes personales).

En todos los pacientes se realizó exploración anal: **inspección** anal, **tacto rectal**, y segun el tipo de patología se practicó rectoscopia y/o enema opaco para descartar otro tipo de patología que pudiera quedar enmascarada.

Antecedentes personales: En relacción con los antecedentes personales y la clasificación del riesgo anestésico según la Sociedad Americana de Anestesia (ASA), 385 pacientes pertenecieron al grupo ASA I (79.7%) y 98 pacientes al grupo ASA II (20.28%).

Clínica: La sintomatología más frecuente por la que acudieron a consulta fue dolor , referido en la región anal, sobre todo en el caso de las fisuras, seguído de las rectorragias, frecuentes en el caso de las hemorroides. Los abcesos perianales y las fístulas fueron muy frecuentes en nuestro medio siendo la mayoría vistas previamente en nuestro servicio de urgencias por haber precisado de drenaje previo.

Técnicas quirúgicas:

Tipo de anestesia: (figura n.6)

.- Anestesia local: 354 pacientes.(72.4%).

213 hombres.

141 mujeres.

.- Anestesia locoregional: 90 pacientes. (18.63%).

58 hombres.

32 mujeres.

.- Anestesia general : 39 pacientes. (8.07%).

29 hombres.

10 mujeres.

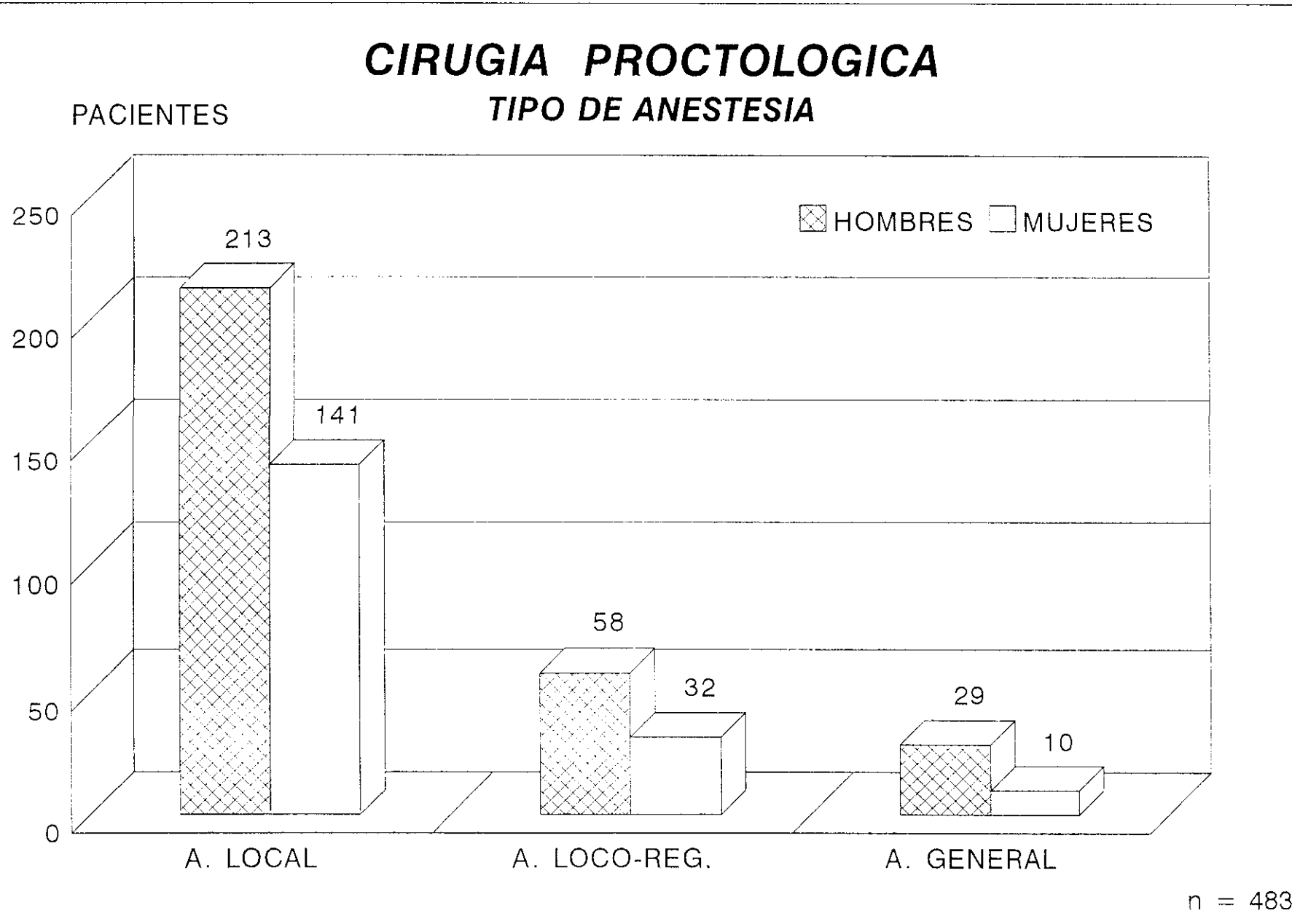

CIRUGIA PROCTOLOGICA
TIPO DE ANESTESIA
PACIENTES
HOMBRES
MUJERES
250
200
150
100
50
0
213
141
58
32
29
10
A. LOCAL
A. LOCO-REG.
A. GENERAL
n = 483

figura n.6.

Tipo de patología: (figura n.7)

.- Hemorroides ---------- 241 pacientes
.- Fisura anal ---------- 96 pacientes
.- Fístula perianal ---------- 83 pacientes
.- Condilomas perianales ---------- 7 pacientes
.- Hemorroides + fístula ---------- 12 pacientes
.- Hemorroides + fisura ---------- 33 pacientes
.- Fístula + fisura ---------- 8 pacientes
.- Hemorroides + fístula + fisura ------ 3 pacientes

Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron los siguientes:

Hemorroides ---------- Técnica de Milligan-Morgan.
Fisuras anales ---------- Esfinterotomía lateral interna.
Fístulas perianales ------ Fistulectomía abierta.
Fistulectomía diferída.

En los procedimientos quirúrgicos empleados (figura n.8) debemos tener en cuenta que hay pacientes a los cuales se les aplicó más de una técnica quirúrgica en el mismo acto operatorio. 542 procedimientos quirúrgicos en total. Se practicó hemorroidectomía en 289 pacientes, la técnica empleada fue segun Milligan-Morgan, de estos 169 fueron hombres y 120 mujeres. En el caso de las

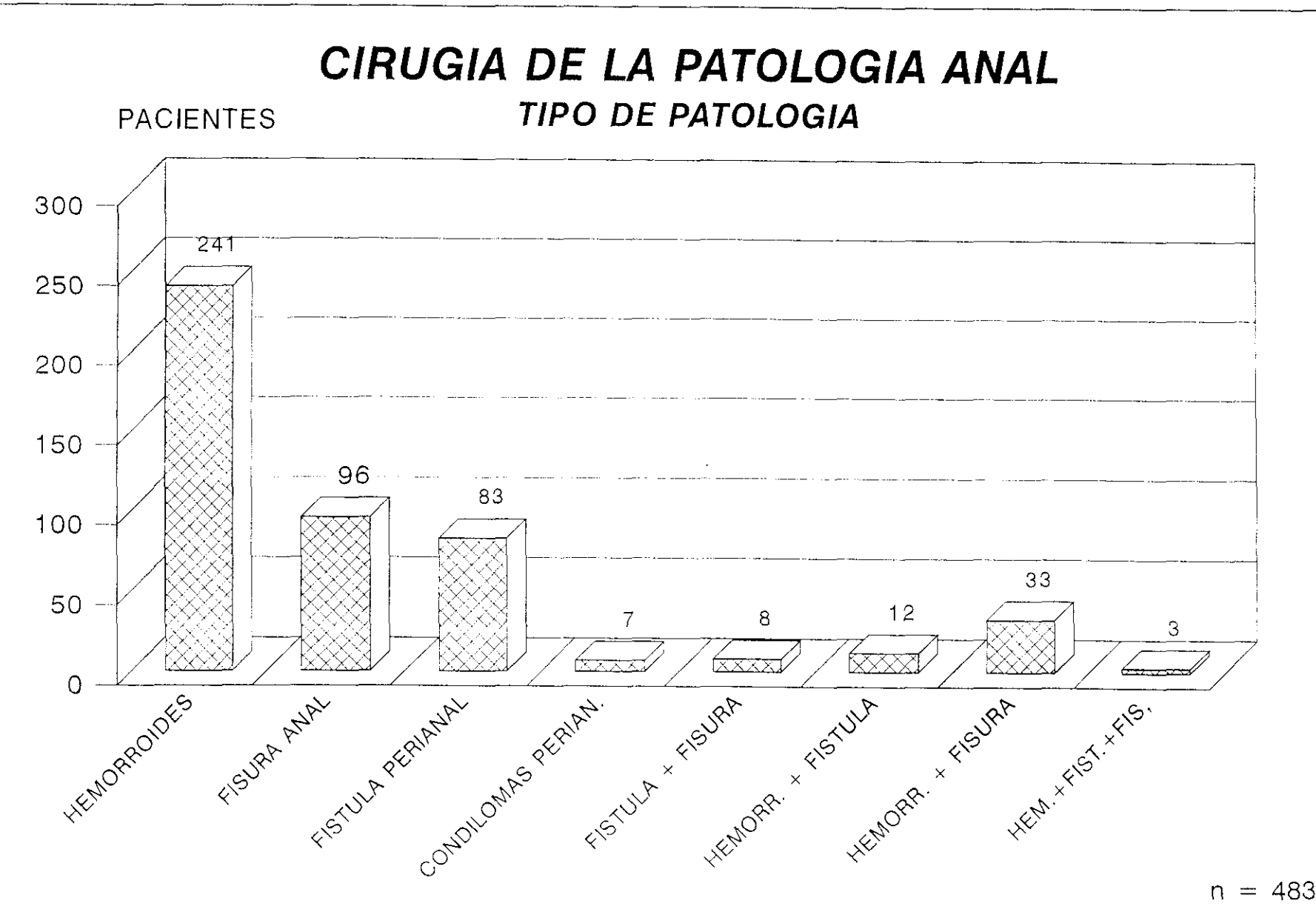
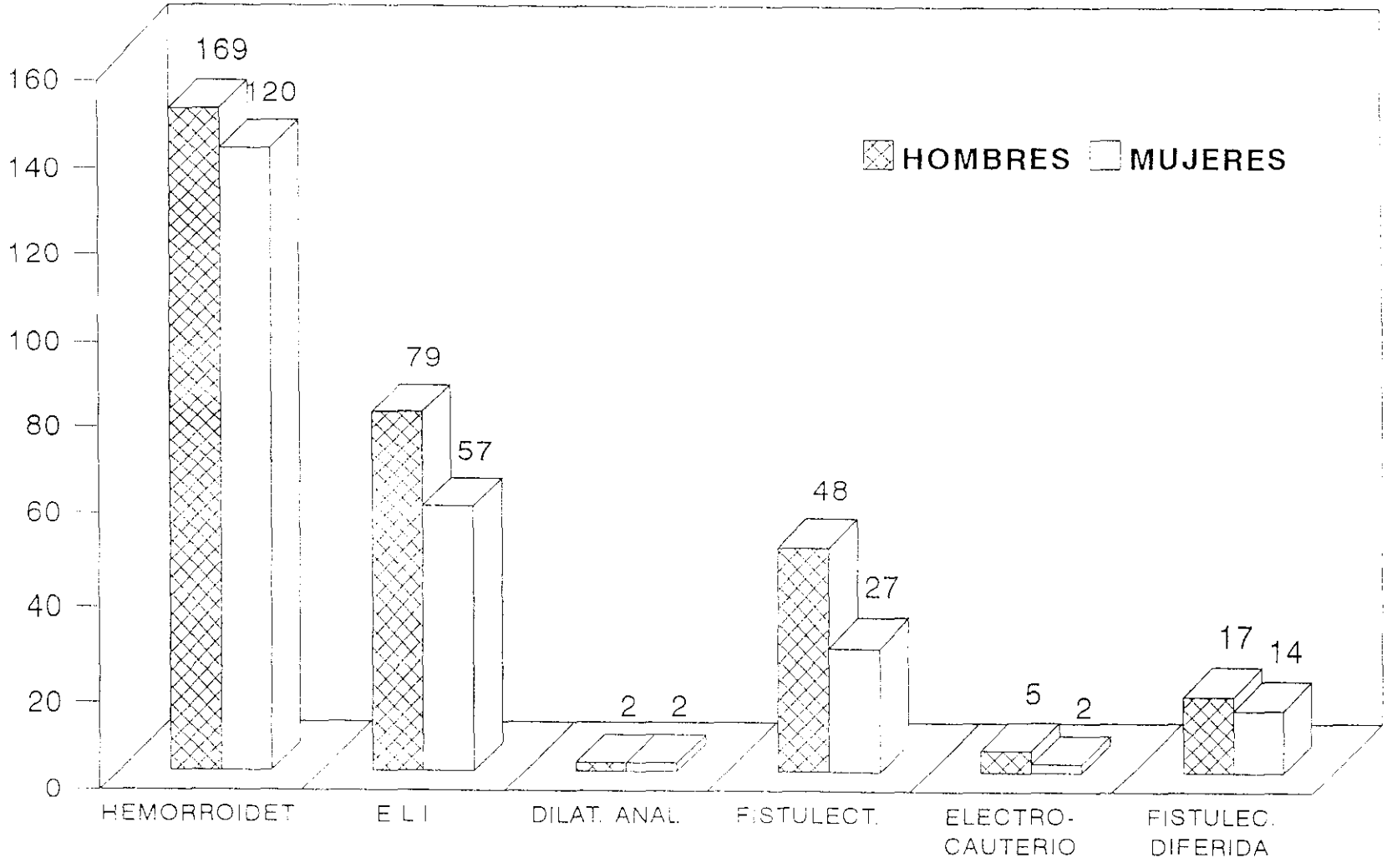

CIRUGIA DE LA PATOLOGIA ANAL
TIPO DE PATOLOGIA
PACIENTES
300
250
200
150
100
50
0
241
96
83
7
8
12
33
3
HEMORROIDES
FISURA ANAL
FISTULA PERIANAL
CONDILOMAS PERIAN.
FISTULA + FISURA
HEMORR. + FISTULA
HEMORR. + FISURA
HEM.+FIST.+FIS,
n = 483

figura n.7

CIRUGIA PROCTOLOGICA

TECNICA QUIRURGICA



fisuras anales se optó por la esfinterotomía lateral interna (ELI) que se llevó a cabo en 136 pacientes (79 hombres y 57 mujeres), habiendose realizado en nuestra casuística un total de 4 dilataciones anales (2 mujeres y 2 hombres), de las cuales en dos de los casos hubo que reintervenir a los pacientes procediendose a la realización de esfinterotomía. En los casos de las 106 fístulas perianales (65 hombres y 41 mujeres), se realizó exéresis de todo el trayecto fistuloso y puesta a plano con cierre por segunda intención (fistulectomía abierta) en 75 pacientes (48 hombres y 27 mujeres), el resto 31 pacientes se realizó fistulectomía diferida mediante ligaduras elásticas. Los 7 pacientes (5 hombres y 2 mujeres) que presentaron condilomas perianales se realizó cauterización de los mismos, 2 de estos varones eran HIV (+).

En un principio, los pacientes se incluyeron dentro del programa de cirugía ambulatoria de nuestro servicio, pero más tarde se creó una consulta de proctología en el propio Hospital llevada por un médico adjunto de nuestro servicio donde es vista la mayoria de la proctología en el momento actual , siendo el mismo facultativo, el que lleva a cabo el 90% de las actuaciones quirúrgicas con anestesia local, dando de alta tras la cirugía a los pacientes en el mismo día de la cirugía, controlandolos posteriormente en consulta externa.

6.b.4.VARICES DE MIEMBROS INFERIORES.

Edad y sexo: Existió un claro predominio del sexo femenino 407 mujeres (86.3%) frente a 65 varones (13.7%). Las edades oscilaron entre 19 y 67 años, la edad media se situó en 46.6, presentando mayor incidencia en la cuarta década de la vida. Distribución de pacientes por edades:

edad	**edad**	
0	9	O pacientes
10	19	5 pacientes
20	29	27 pacientes
30	39	183 pacientes
40	49	138 pacientes
50	59	80 pacientes
60	69	39 pacientes

Selección de pacientes: Los pacientes fueron diagnosticados de varices de miembros inferiores y estudiados en nuestra consulta de cirugía. El diagnóstico se realizó mediante exploración física, utilizando diversas pruebas diagnósticas clásicas (12) como:

.- Maniobra de Schawrtz.

.- Maniobra de Trendelenburg.

.- Maniobra de Bernstein.

.- Maniobra de Oschner y Mahorner.

.- Maniobra de Perthes.

El resto de pruebas complementarias solicitadas para el preoperatorio consistió en un estudio hematológico completo más coagulación, ECG y Rx de torax si el paciente era mayor de 40 años o presentaba patología previa, además se les realizó a todos ellos una flebografía del sistema venoso profundo del miembro inferior afecto de varices para demostrar permeabilidad de éste. Se desestimaron para cirugía aquellos pacientes con flebografías del sistema venoso profundo alteradas.

Antecedentes personales: No habia patología previa digna de mención, todos los pacientes se incluyeron según clasificación de la ASA en: el grupo I (403 pacientes) 85.3% y grupo II (69 pacientes) 14.7%.

Clinica: La sintomatología más frecuente en los pacientes diagnosticados de varices fue : **cansancio, edema , pigmentación cutánea por insuficiencia venosa crónica y dolorimiento .** Todos estos síntomas son por los que acuden a nuestra consulta, siendo el factor más importante a destacar y el más frecuente entre el sexo femenino **"factor estético"** por las dilataciones del sistema superficial.

Tipo de anestesia: (figura n.9).

.- Anestesia general: 127 pacientes. 23 varones.
104 mujeres

.- Anestesia local: 47 pacientes. 5 varones.
42 mujeres.

.- Anestesia locorregional: 298 pacientes. 37 varones.
261 mujeres.

Anestesia general: Según técnica habitual, se llevó a cabo en 127 pacientes.

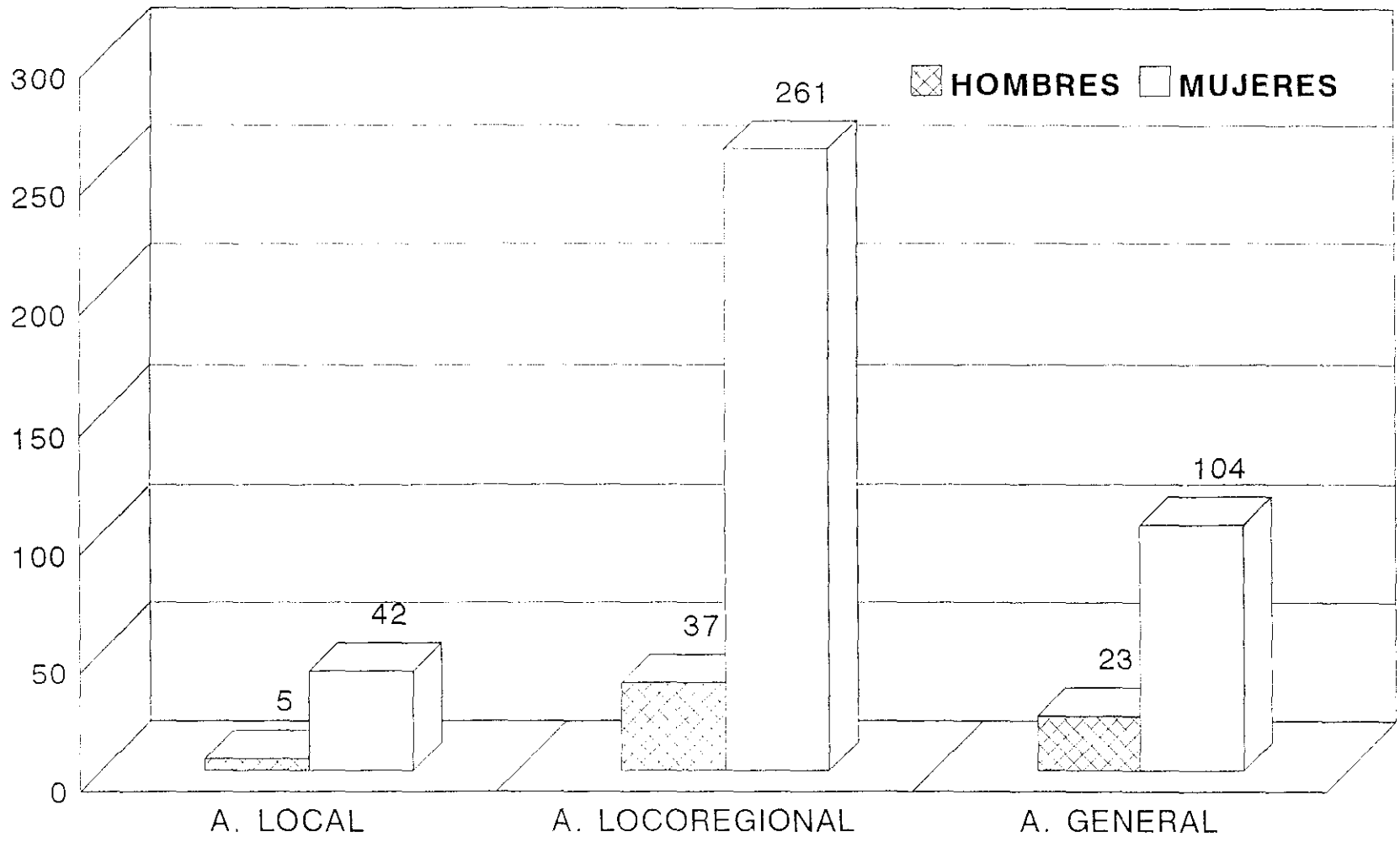
Anestesia local: se llevó a cabo en 47 pacientes, de los que 42 fueron mujeres y 5 varones, se utilizó como anestésico local scandicain al 1%, sin sobrepasar dosis cardiotóxica (no más de cuatro ampollas).

Anestesia locorregional: Según técnica habitual, se realizó en 298 pacientes , de estos 37 fueron varones y 261 fueron mujeres.

Los 425 pacientes intervenidos tanto con anestesia general como con anestesia locoregional se les realizó como técnica habitual safenectomia interna (stripping de la safena interna) del miembro afecto e interrupción de colaterales y comunicantes.

CIRUGIA DE VARICES MIEMBROS INFERIORES

TIPO DE ANESTESIA



n = 472

Técnica quirúrgica: (figura n.10).

Con anestesia general o locorregional se realizó stripping de safena e interrupción de colaterales y comunicantes.

Con anestesia local, se realizó: infiltración a nivel inguinal, liberación de safena interna a nivel del cayado con ligadura de la misma y colaterales. Se realizó infiltración a nivel premaleolar interno del mismo miembro para liberar safena interna e interrumpirla por medio de ligaduras, se procede finalmente a extirpación de nódulos varicosos con ligaduras de perforantes bajo anestesia local en la zona. En estos casos no se realizó stripping de vena safena interna, con el objetivo de preservarla.

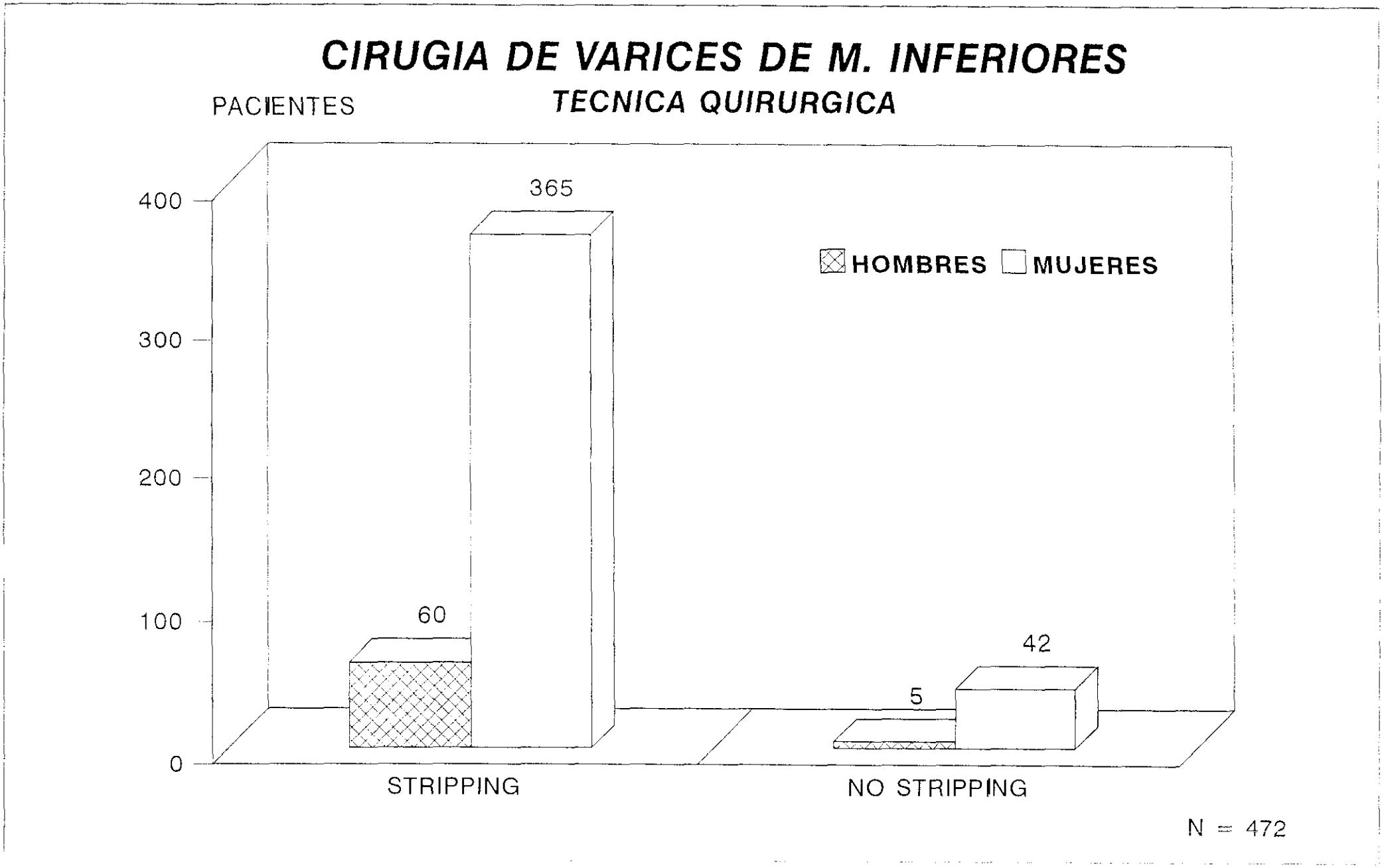

CIRUGIA DE VARICES DE M. INFERIORES
TECNICA QUIRURGICA
PACIENTES
400
300
200
100
0
365
60
42
5
HOMBRES
MUJERES
STRIPPING
NO STRIPPING
N = 472

figura n.10.

6.b.5. PATOLOGIA MAMARIA,TUMORES BENIGNOS MAMARIOS,MASTITIS.

Edad y sexo: De los 84 pacientes que se han incluido en nuestro estudio , 70 fueron hombres (83.33%) y 14 fueron mujeres (16.66%). Las edades oscilaron entre 16 y 63 años, encontrandose la máxima incidencia en la cuarta década de la vida. La edad media se situó en 36.0.

La distribución por edades fue la siguiente:

edad	**edad**	
0	9	0 pacientes.
10	19	6 pacientes.
20	29	15 pacientes.
30	39	28 pacientes.
40	49	21 pacientes.
50	59	6 pacientes.
60	69	8 pacientes.

Selección de pacientes : Los pacientes según el diagnóstico, fueron remitidos a nuestra consulta de cirugía para estudio, bien por su médico de cabecera o bien desde el servicio de urgencias del propio hospital. A todos se les realizó exploración física, y se les solicitó preoperatorio consistente en un hematológico más estudio de coagulación, con realización de ECG y Rx de torax según los antecedentes y edad del paciente. En algún caso se

realizó mamografía dependiendo de la historia clínica del paciente y exploración.

Antecedentes personales: No habia patología digna de mención, todos los pacientes se incluyeron en el grupo I (63 pacientes) y grupo II (21 pacientes) de la ASA, en relación con la clasificación del riesgo anestésico de la Sociedad Americana de Anestesia.

Tipo de patología: En nuestra serie encontramos: (figura n. 11)

.- Ginecomastia en 26 pacientes varones (30.95% de los casos).

.- Mastítis en 20 pacientes varones (23.80% de los casos).

.- Tumores benignos en 38 pacientes (45.23%), de los que:
24 son hombres y 14 mujeres.

Clinica: La sintomatología más frecuente por la que acuden a consulta es por la presencia de tumoración a nivel mamario, seguido por la presencia de dolor, signos inflamatorios y supuración.

Tipo de anestesia: (figura n.12).

.- Anestesia local : 72 pacientes. 66 hombres.
6 mujeres.

.- Anestesia general: 12 pacientes. 4 hombres.
8 mujeres.

Técnica quirúrgica: (figura n. 13).

.- Ginecomastia: Mastectomia subcutánea con o sin drenaje.
26 hombres.

.- Nódulo mamario: Extirpación biopsia periaerolar.
24 hombres y 14 mujeres.

.- Mastitis : Incisión periaerolar con drenaje del abceso, se deja dren habitualmente.
20 hombres.

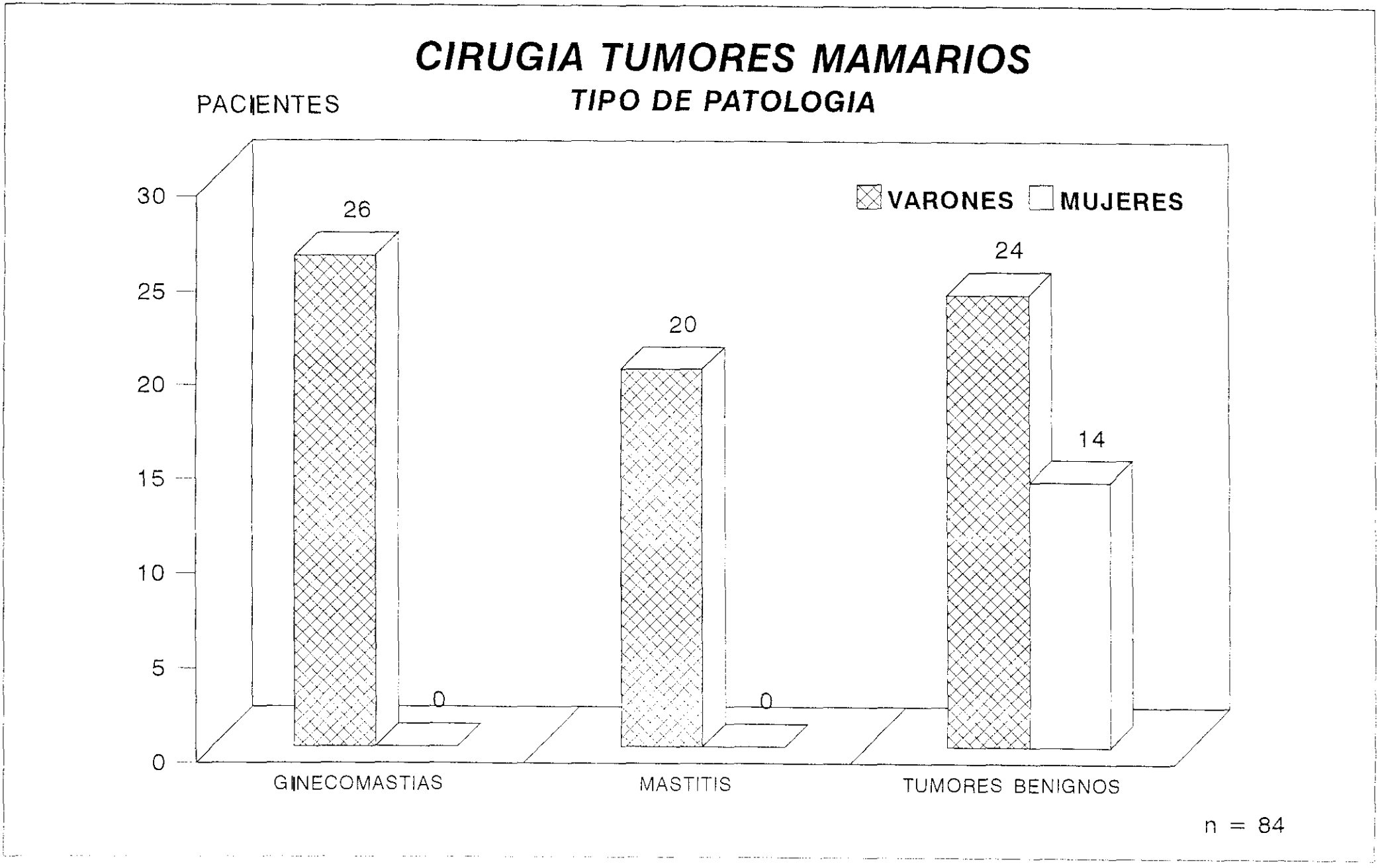

CIRUGIA TUMORES MAMARIOS
TIPO DE PATOLOGIA
PACIENTES
VARONES
MUJERES
30
25
20
15
10
5
0
26
0
20
0
24
14
GINECOMASTIAS
MASTITIS
TUMORES BENIGNOS
n = 84

figura n. 11

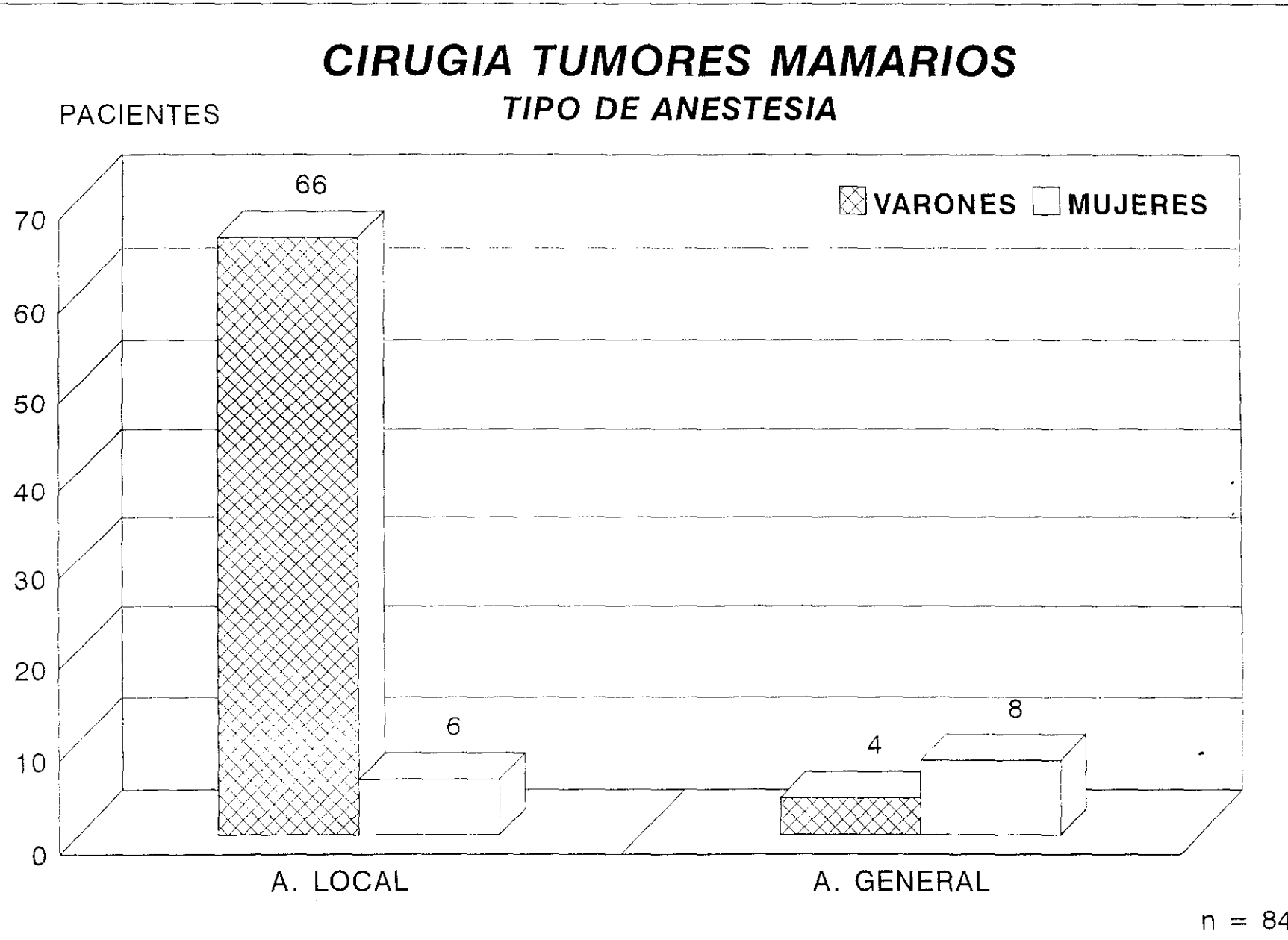
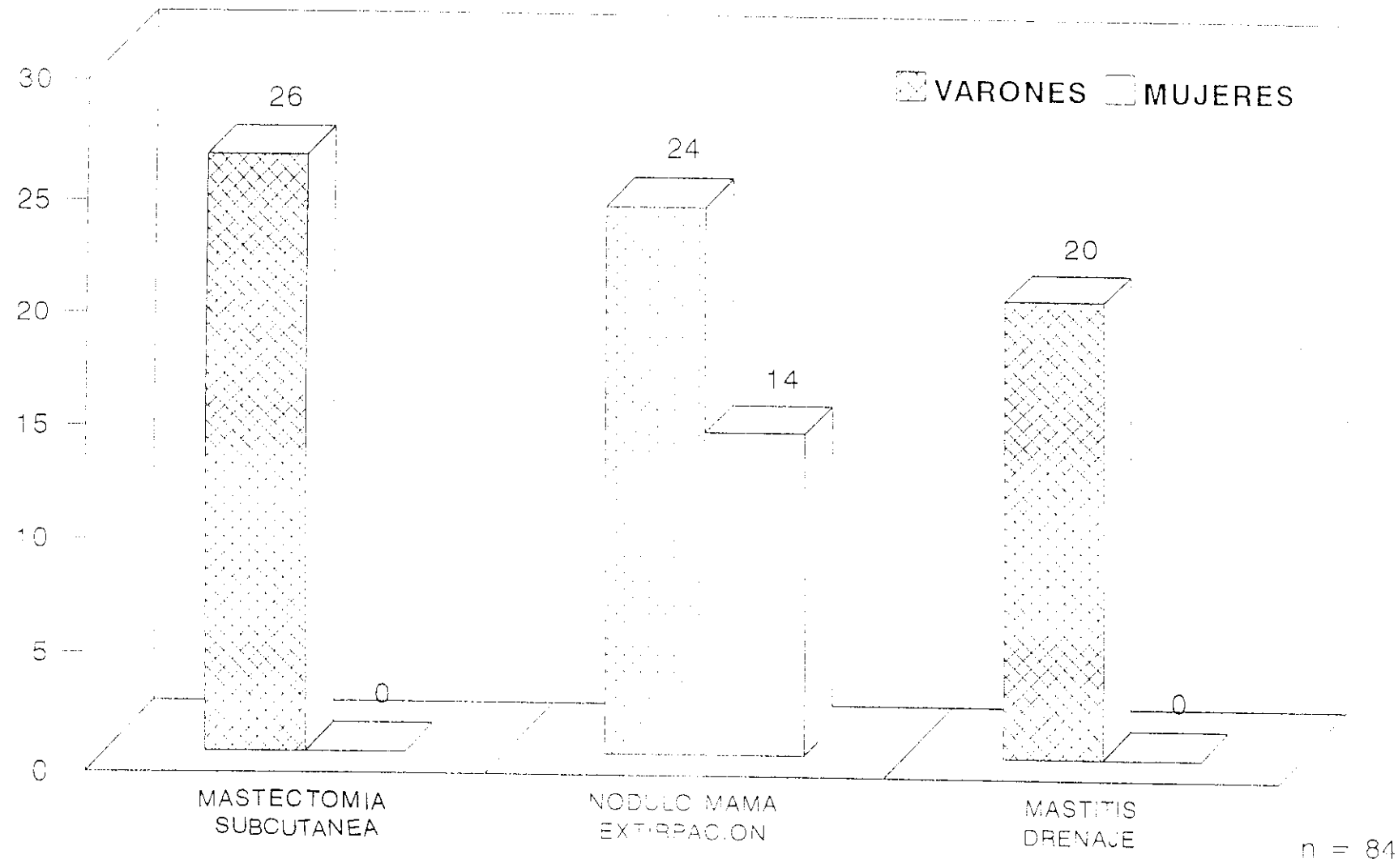

CIRUGIA TUMORES MAMARIOS
TIPO DE ANESTESIA
PACIENTES
VARONES
MUJERES
70
60
50
40
30
20
10
0
66
6
4
8
A. LOCAL
A. GENERAL
n = 84

figura n.12.

CIRUGIA TUMORES MAMARIOS

TECNICA QUIRURGICA



n = 84

6.b.6. LIPOMAS GIGANTES

Edad y sexo: Nuestra serie comprende un total de 82 pacientes con claro predominio de sexo masculino, 66 hombres (80.48%) frente a 16 mujeres (19.51%). Las edades oscilaron entre 19 y 67 años, situandose la mayor incidencia en la cuarta década de la vida. La edad media fue 39.62.

Distribución de pacientes por edades:

edad	**edad**	
0	9	0 pacientes.
10	19	2 pacientes.
20	29	12 pacientes.
30	39	31 pacientes.
40	49	21 pacientes.
50	59	11 pacientes.
60	69	5 pacientes.

Selección de pacientes: Todos los pacientes fueron vistos previamente en nuestra consulta de cirugía en los ambulatorios del área, remitidos la mayoría por médicos de zona.

Antecedentes personales: No habia patología previa digna de mención, los pacientes se incluyeron: en el grupo I de la ASA el 84.14% (69 casos) y el resto en el grupo II de la ASA 15.85% (13 casos).

Clinica: La mayoría de los pacientes acude por tumoración cutánea previa, que ha comenzado a crecer y a doler, o por tumoración de reciente aparición, el diagnóstico se realiza por exploración física. Se les solicitó como preoperatorio: estudio hematológico y coagulación, según edad y antecedentes personales del paciente se les solicitó ECG y RX de torax.

Tecnica anestésica: (figura n.14).

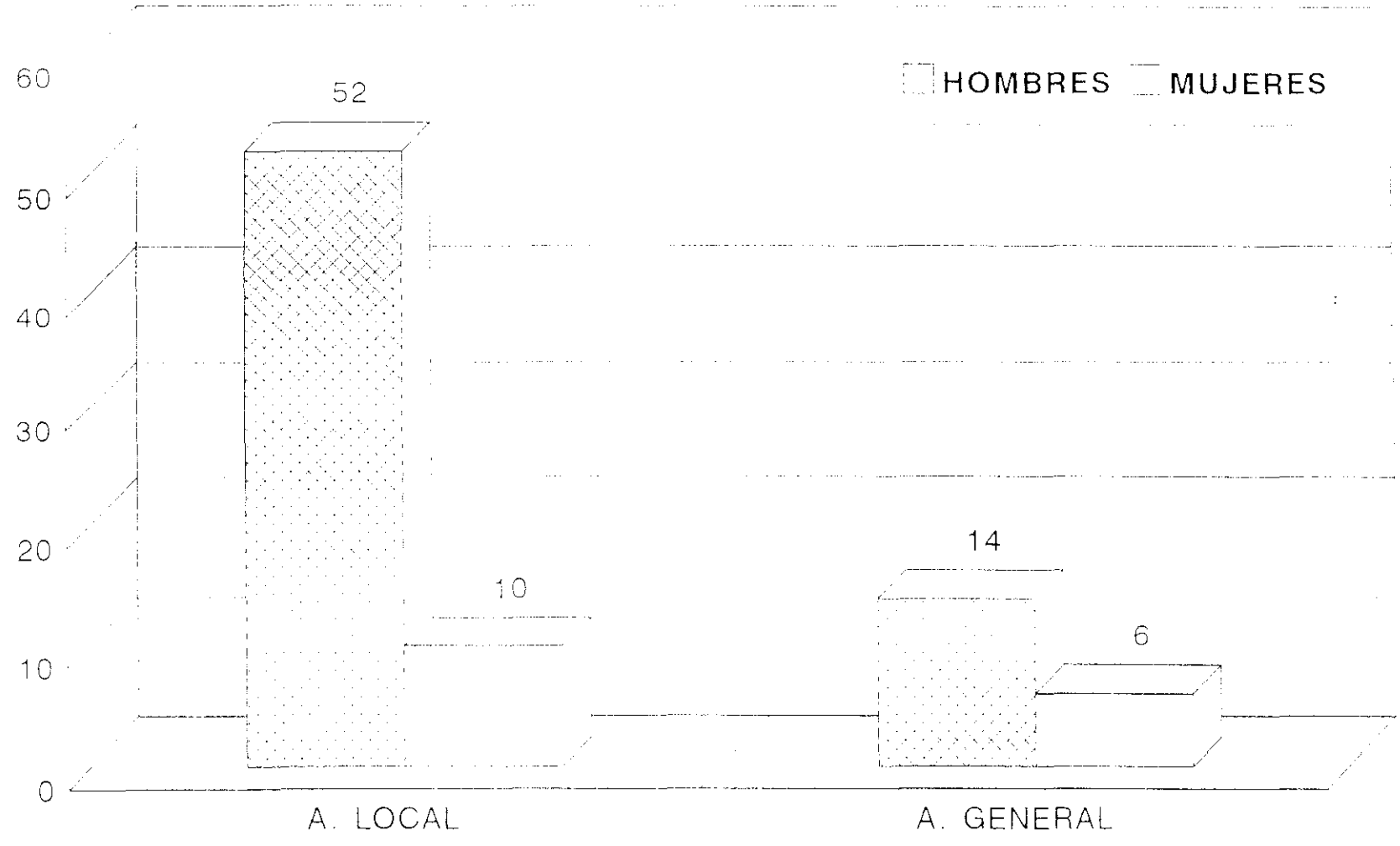
.- Anestesia general 20 pacientes (24.39%)
14 hombres y 6 mujeres.

.- Anestesia local 62 pacientes (75.60%).
52 hombres y 10 mujeres.

Técnica quirúrgica: El procedimiento quirúrgico realizado fue: extirpación en bloque + sutura primaria, en escasa ocasiones se realizó la colocación de dren cuando tras la extirpación quedo gran espacio vacio muerto. Este dren se mantiene de 24 a 72 horas según su débito.

CIRUGIA DE LIPOMAS

TIPO DE ANESTESIA



n = 82

figura n. 14.

7. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

La mayoría de los pacientes fueron dados de alta hospitalaria en las primeras 48 horas de la intervención, según los siguientes criterios: (89).

- .- Buen estado general.
- .- Constantes vitales mantenidas en intervalo de normalidad.
- .- Tolerancia alimentaria.
- .- Recuperación del transito intestinal.
- .- Ausencia de complicaciones mayores.
- .- Dolor controlado por analgésicos.

Todos los pacientes al ser dados de alta, abandonan el hospital con su correspondiente informe de alta (figura n.15), en donde se hace constar que deben acudir a las 48-72 horas, a nuestras consultas de los ambulatorios de Alcorcón (fotografía n.7) y de Móstoles (fotografía n.8), realizandose la siguiente visita a los 7 días para control de herida quirúrgica y valoración de retirar suturas. Todos ellos, tuvieron la posibilidad de contactar con nuestro servicio de cirugía mediante el servicio de urgencias de nuestro hospital.

HOSPITAL DE MOSTOLES

PROGRAMA DE CIRUGIA DE ALTA PRECOZ

INFORME DE ALTA

NOMBRE : _____

Fecha de ingreso: ____/_____/____

Fecha intervención: ____/_____/____

Fecha de alta ____/_____/____

DIAGNOSTICO :

(

TRATAMIENTO :

ANESTESIA: General/Local Espinal/Epidural	**CIRUJANO**: Dr.

RECOMENDACIONES:

1.-Deberá permanecer en reposo durante ____ dias en su domicilio
Evitará la realización de esfuerzos físicos durante _____

2.-Si se notara **FIEBRE ALTA** o **DOLOR INTENSO**, acudirá a **URGENCIAS** del **HOSPITAL DE MOSTOLES**

3.-Tomará _____

Acudirá dentro de _____ a su **AMBULATORIO** para que le retiren los puntos, previa citación.

Revisión dentro de _____, en la consulta de **CIRUGIA** de su **AMBULATORIO**, previa citación.

Fecha: _____/_____/____

Fdo.:

figura n.15.

V. RESULTADOS.

1.Cirugia menor ambulatoria. Resultados.

En el transcurso de los 36 meses en el que hemos llevado a cabo este estudio, se han intervenido un total de 5595 pacientes de cirugía ambulatoria estricta . Todos los pacientes , tras realización de la cirugía fueron dados de alta hospitalaria, a su domicilio con una serie de recomendaciones terapéuticas , desde el punto de vista analgésico y medidas higienicas,pasando posteriormente a ser controlados en los ambulatorios de zona a los 7- 10 días, según la lesión y caracteristicas de la cirugía para control y retirada de puntos, teniendo el paciente la posibilidad de acudir al servicio de urgencias de nuestro hospital en caso de evolución no favorable o alteración en el postoperatorio.

En nuestra serie, hay que destacar que en 88 pacientes con diagnóstico de epiteliomas cutáneos, tras extirpación, fue necesario la reintervención para ampliación de bordes en 7 pacientes por afectación a nivel microscópico de bordes, realizando el seguimiento posteriormente en nuestra consulta de cirugía y por el servicio de dermatología.

La mortalidad en nuestra serie de pacientes de cirugía menor ambulatoria fue nula, la morbilidad ha sido del 5.4%, siendo lo más frecuente la dehiscencia de incisión quirúrgica seguida de infección de herida quirúrgica.

2. Cirugia mayor ambulatoria.

2.a. HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL.

2.a.1.Evolución: Los pacientes fueron dados de alta hospitalaria en las primeras 24-48 horas de la cirugía. El seguimiento de los pacientes se realizó una vez dados de alta hospitalaria en las consultas externas de cirugía de los ambulatorios a las 72 horas y a los 8 días postcirugía, citandoles nuevamente al mes para control evolutivo.

2.a.2.Morbimortalidad: La morbilidad inmediata fue de un sangrado postquirúrgico, por accidente vascular tras realización de plug de Lichenstein que requirió traslado a un centro de cirugía vascular por lesión en vaso femoral.

La morbilidad tardia fue:

.- Infección de incisión quirúrgica: 19 pacientes.
12 hombres y 7 mujeres.

.- Seroma de incisión quirúrgica: 29 pacientes.
20 hombres y 9 mujeres.

.- Hematoma de incisión quirúrgica: 28 pacientes.
20 hombres y 8 mujeres.

.- Hematoma inc.quir.+ testicular : 15 pacientes.

15 hombres.

Esto hace que la morbilidad encontrada globalmente fue del 5.51% (91 pacientes).(Figura n.16).

La mortalidad fue nula, no hubo ningún fallecimiento.

La estancia media fue de 1.4 dias.

2.a.3.Recidivas: En el seguimiento de los pacientes intervenidos de hernias de la pared abdominal hemos podido encontrar un total de 47 recidivas herniarias (2.85%), 38 casos en hombres y 9 casos en mujeres. De estas recidivas, en 32 pacientes fue recidiva de hernia inguinal (21 pacientes recidiva de H. directa, 8 pacientes recidiva de H. indirecta y 3 pacientes recidiva de herniorrafia crural por tecnica de Lotheissen), en estos, 9 pacientes era su segunda intervención. En 8 pacientes la recidiva fue umbilical, siendo en 2 pacientes la segunda intervención, cabe destacar el sobrepeso de 5 de estos pacientes con hernia umbilical , el cual es factor desencadenante de recidiva, y por último en 7 pacientes la recidiva fue de eventración.

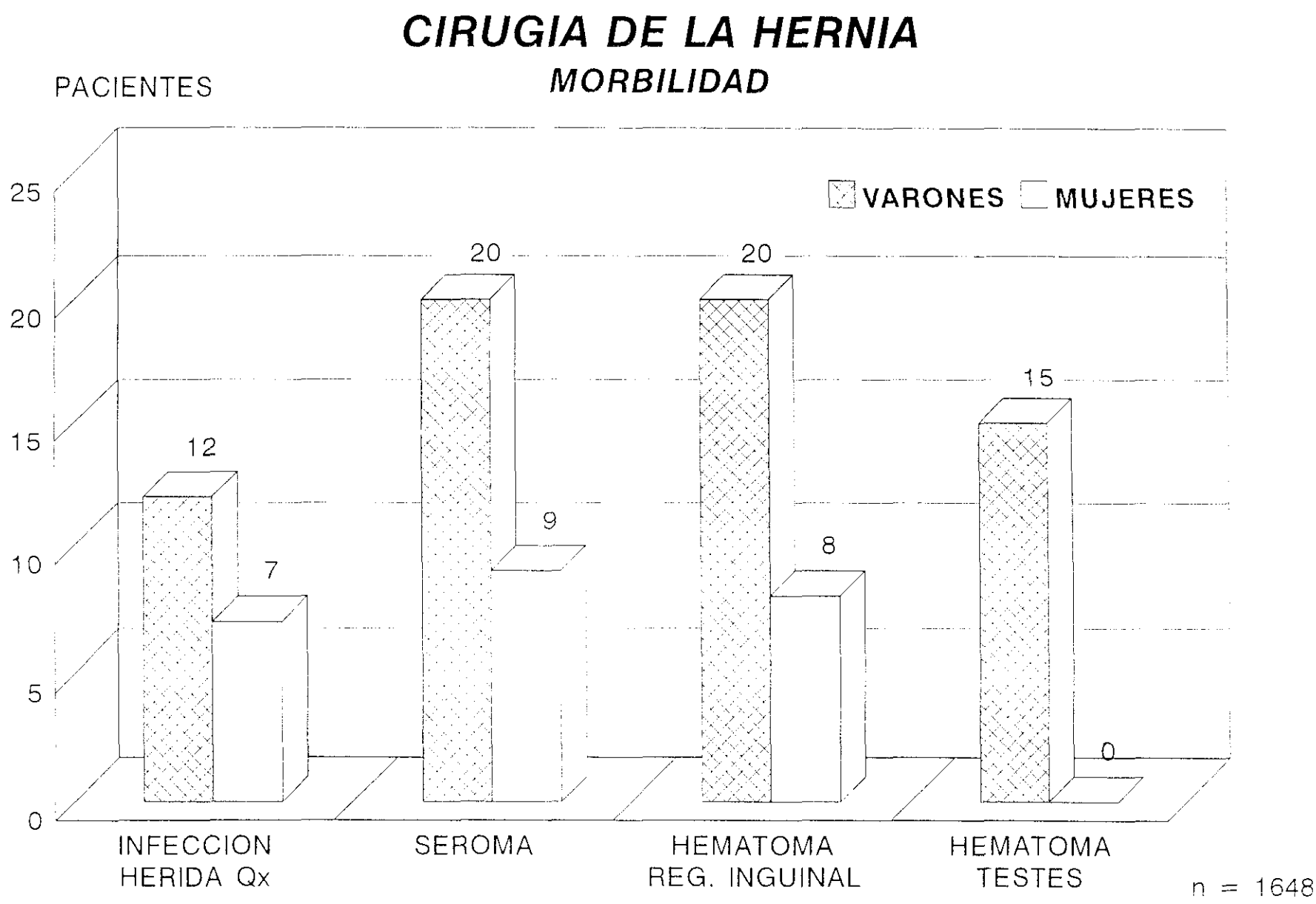

CIRUGIA DE LA HERNIA
MORBILIDAD
PACIENTES
VARONES
MUJERES
25
20
15
10
5
0
12
7
20
9
20
8
15
0
INFECCION HERIDA Qx
SEROMA
HEMATOMA REG. INGUINAL
HEMATOMA TESTES
n = 1648

figura n.16.

2.b. SINUS PILONIDAL.

2.b.1.Evolución: De los 662 pacientes intervenidos, 65 pacientes (9.8%) fueron pacientes de cirugía ambulatoria estricta, 590 pacientes(89.12%) se efectuó el alta hospitalaria a las 24-48 h de la cirugía, solo 7 pacientes (1.05 %) permanecieron en el hospital más de 72 horas en el hospital, uno de los casos se traslado del hospital satélite al hospital central, habiéndose empleado en este paciente la técnica abierta (cierre por segunda intención).

2.b.2.Morbimortalidad: No hubo mortalidad.

La morbilidad fue de 99 casos (14.95%): (figura n. 17).

.-Infección en 80 pacientes tras cierre primario, los cuales , tuvieron que ser abiertos en nuestro servicio de cirugía

60 hombres y 20 mujeres.

.- Dehiscencia de suturas en 14 pacientes.

10 hombres y 4 mujeres.

.- Hemorragias en 5 pacientes de las cuales 3 fueron solucionadas en el servicio de urgencias de nuestro hospital central.

4 hombres y 1 mujer.

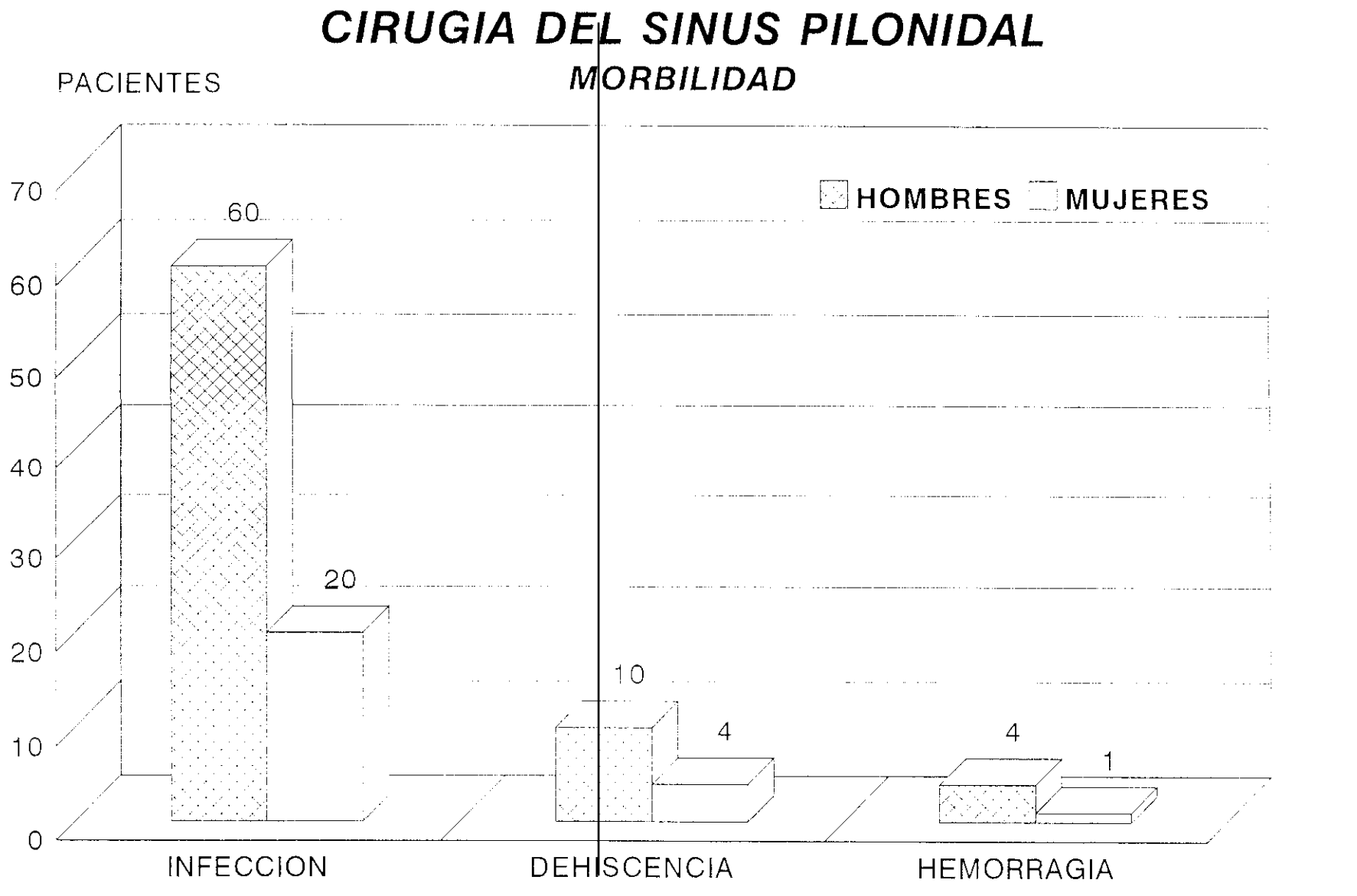

CIRUGIA DEL SINUS PILONIDAL
MORBILIDAD
PACIENTES
HOMBRES
MUJERES
70
60
50
40
30
20
10
0
60
20
10
4
4
1
INFECCION
DEHISCENCIA
HEMORRAGIA
n = 662

figura n.17.

De los 662 pacientes, a 65 pacientes se les dió el alta inmediata tras la cirugía, a 590 pacientes se les dió el alta en las primeras 24-48 horas y a 7 pacientes se les dejó ingresados por dolor en 3 pacientes, causas sociales en otros 3 y en un paciente por sangrado, que se trasladó desde un centro satélite al hospital central.

La estancia media hospitalaria fue de 1.8 días.

2.b.3.Recidivas: En el seguimiento de los pacientes hemos detectado 33 casos de recidiva de sinus pilonidal, de los cuales 8 casos son pacientes intervenidos en otros centros sanitarios y que actualmente les corresponde nuestro área sanitaria. Por lo tanto, nuestra tasa de recidiva anual es del 3.7% de los pacientes que han seguido control postoperatorio en nuestras consultas.

2.c.PATOLOGIA ANAL. Resultados.

2.c.1.Evolución: De los 483 pacientes intervenidos, fueron dados de alta hospitalaria dentro de las primeras 24 horas de su cirugía. De todos estos pacientes, se reingresaron a 5 pacientes (1.03%) como causa principal del reingreso fue el sangrado postquirúrgico. Todos los pacientes al alta se fueron a su domicilio con analgesia pautada y una serie de medidas higienico-dietéticas a cumplir.

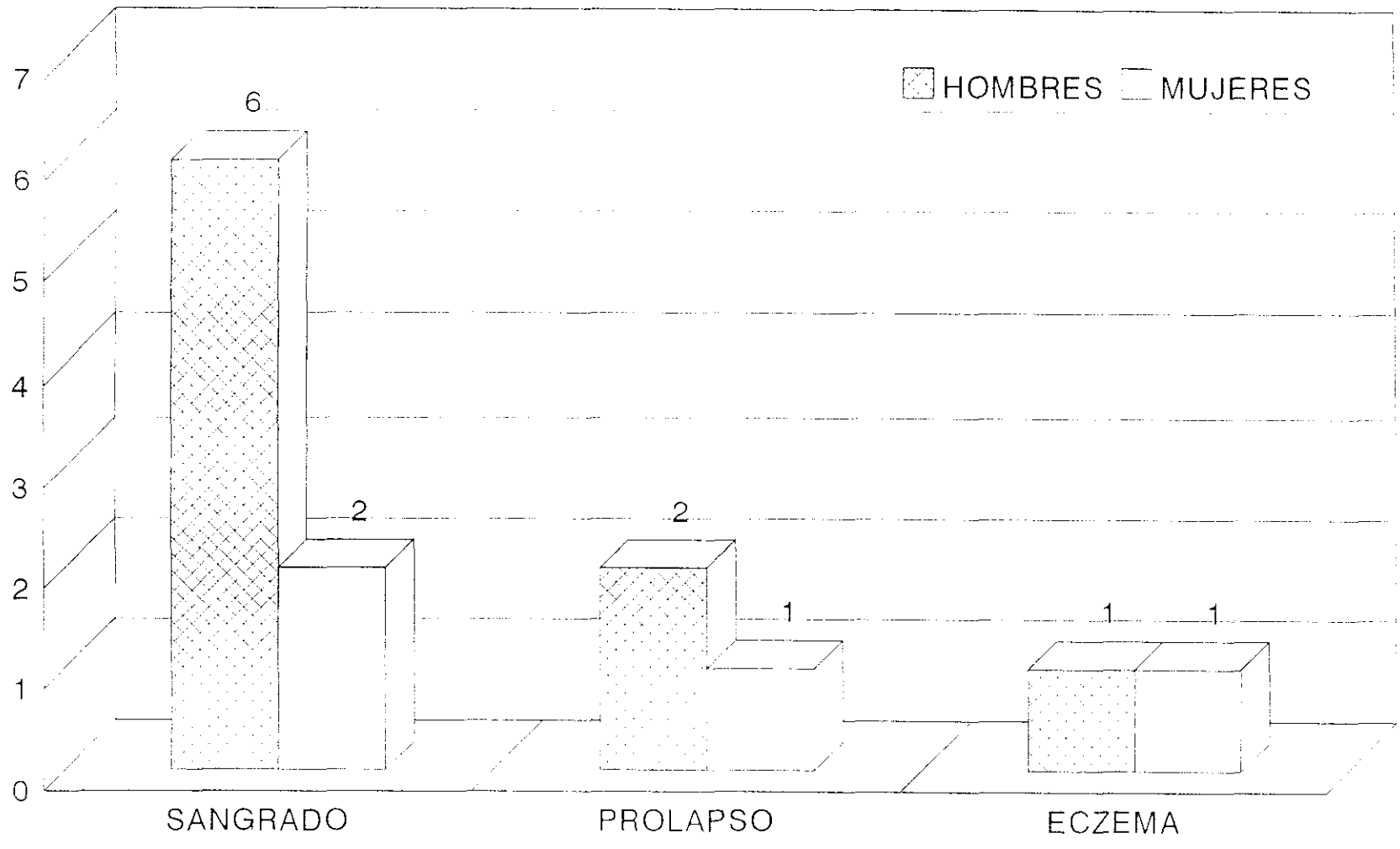
El seguimiento de los pacientes se realizó una vez dados de alta hospitalaria de manera satisfactoria en la consulta de proctología de nuestro hospital y/o consultas externas en el ambulatorio de zona a las 72 horas de la cirugía. Teniendo siempre el paciente la posibilidad de acudir al servicio de urgencias de cirugía de nuestro hospital en el caso de necesidad de consulta urgente.

2.c.2.Morbimortalidad: No hubo mortalidad.
La morbilidad encontrada fue del 2.69% (13 pacientes), por aparición de complicaciones que fueron: (figura n. 18).

.- Sangrado en 8 pacientes, de los cuales reingresaron 5.
6 hombres y 2 mujeres.

CIRUGIA PROCTOLOGICA

MORBILIDAD



n = 483

figura n.18.

.- Prolapso de mucosa rectal en 3 pacientes.

2 hombres y 1 mujer.

.- Eccema perianal exudativo en 2 pacientes.

1 hombre y 1 mujer.

Todos los pacientes en el momento del alta hospitalaria se les pautó analgesia para el dolor.

La estancia media hospitalaria fue 0.75 días.

2.c.3.Recidivas: En el seguimiento postoperatorio de los pacientes intervenidos de proctología hemos detectado recidiva en 16 casos de los 390 pacientes seguidos, distribuyendose de esta forma:

.- 10 recidivas de fístulas perianales.

7 hombres y 3 mujeres

.- 6 recidivas de fisura anal , en dos de las cuales se había realizado como acto quirúrgico inicial dilatación anal.

4 hombres y 2 mujeres.

2.d. VARICES DE MIEMBROS INFERIORES. Resultados.

2.d.1.Evolución: De los 472 pacientes intervenidos tanto con anestesia local, locorregional o general, 465 (98.5%) fueron dados de alta en las primeras 24-48 horas postoperatorias, el resto , 7 pacientes (1.48%) permanecieron en el hospital más de 48 horas debido a :

- cefalea postanestesia locorregional ..... 5 pacientes.

- Rehusar alta por miedo a abandonar el hospital..2 pacientes.

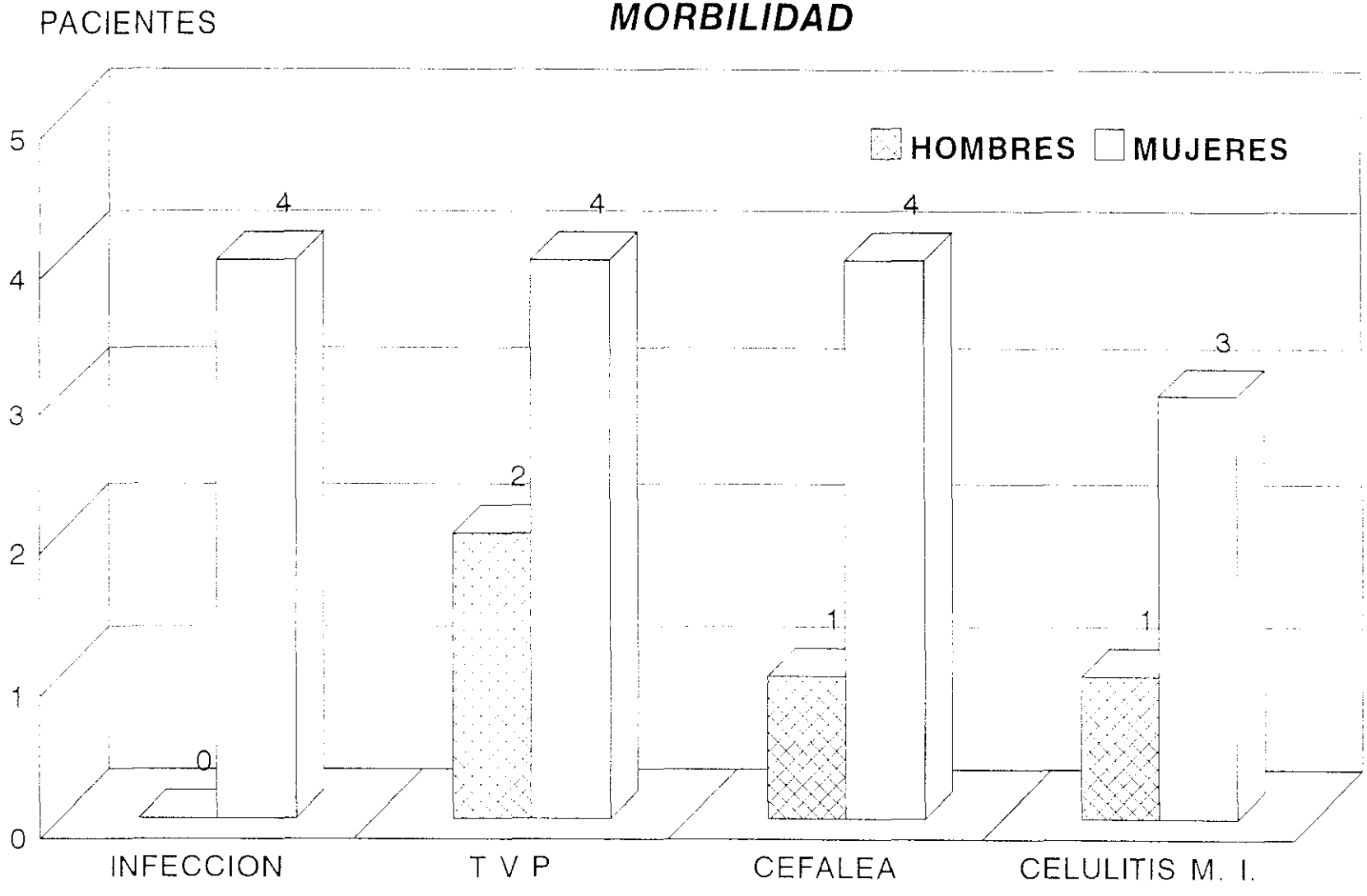
El seguimiento de los pacientes se realizó una vez dados de alta hospitalaria de manera satisfactoria, en las consultas de cirugía de nuestros ambulatorios de zona a las 72 horas del alta y a los 10 días. Teniendo siempre la posibilidad el paciente de acudir al servicio de urgencias de cirugía de nuestro hospital en el caso de necesidad de consulta con un cirujano.

2.d.2.Morbimortalidad: La morbilidad encontrada fue del 4.02% por aparición de complicaciones en 19 pacientes que fueron las siguientes: (Figura n. 19).

.- Infección de herida inguinal..... 4 pacientes.
0 hombres y 4 mujeres.

CIRUGIA DE VARICES DE M. INFERIORES

MORBILIDAD



n = 472

figura n. 19.

.- Trombosis venosa profunda postoperatoria ...6 pacientes.
2 hombres y 4 mujeres.

.- Cefalea postanestésica.....5 pacientes.
1 hombre y 4 mujeres

.- Celulítis en miembro inferior.....4 pacientes.
1 hombre y 3 mujeres.

De las complicaciones postoperatorias descritas, el 57.89% (11 casos) precisaron ingreso hospitalario, siendo el resto de las complicaciones tratadas via ambulatoria.

Mortalidad fue nula, no hubo ningún fallecimiento.

La estancia media fue de 1.2 días.

2.f. PATOLOGIA MAMARIA,TUMORES BENIGNOS MAMARIOS, MASTITIS.

Resultados.

2.f.1.Evolución: Los pacientes son dados de alta en las primeras 24-48 horas de la cirugía, citándolos para seguimiento, control y curas en la consulta del ambulatorio .

2.f.2.Morbimortalidad: La morbilidad encontrada fue del 3.57% (3 casos), distribuyendose: (figura n.20).

.-Infección de incisión quirúrgica -- 1 paciente varon.

.-Hematoma periaerolar ---------- 2 pacientes varones.

La mortalidad fue nula, no hubo ningún fallecimiento.

La estancia media hospitalaria fue de 1.3 días.

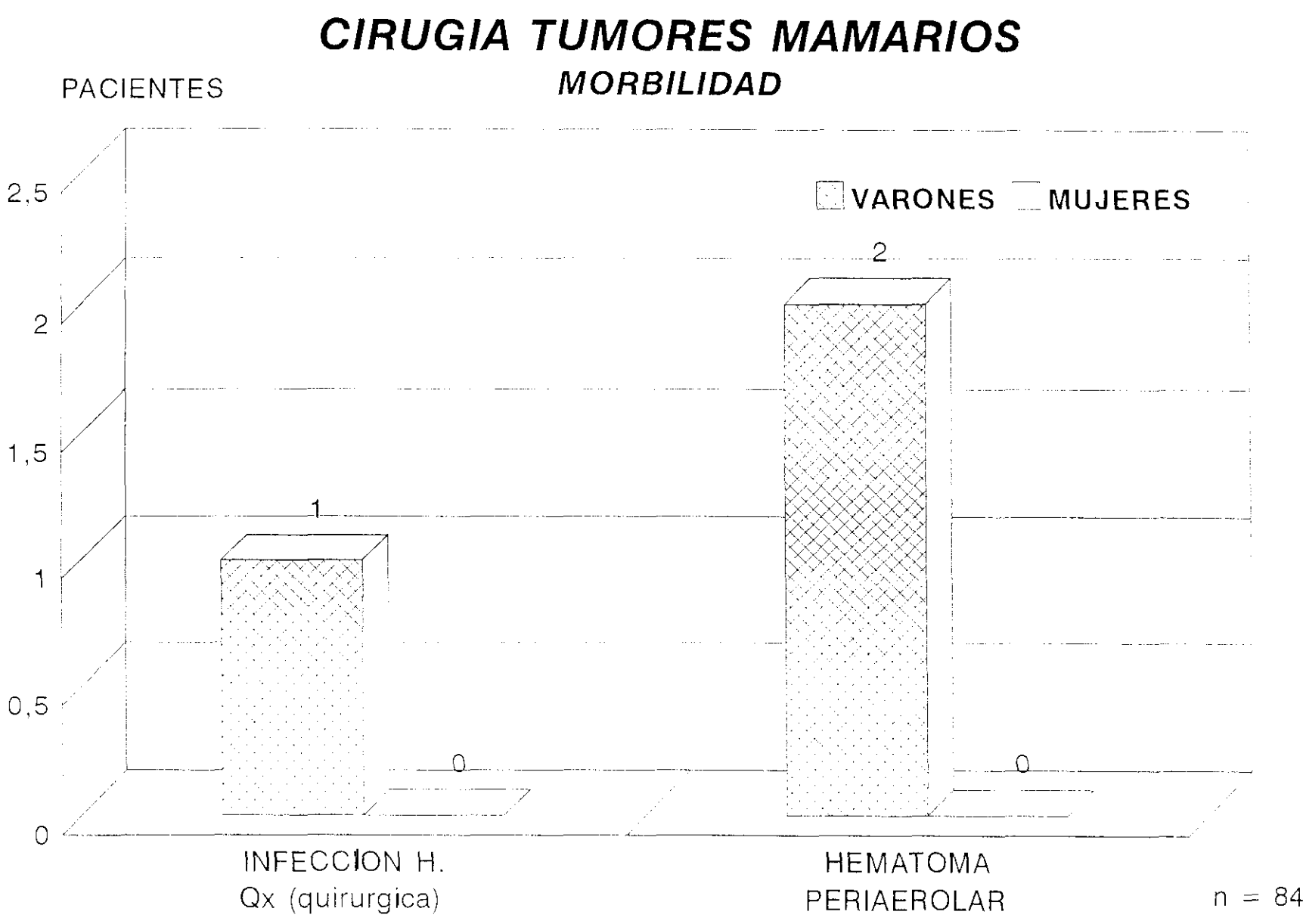

CIRUGIA TUMORES MAMARIOS
MORBILIDAD
PACIENTES
VARONES
MUJERES
2,5
2
1,5
1
0,5
0
1
0
2
0
INFECCION H.
Qx (quirurgica)
HEMATOMA
PERIAEROLAR
n = 84

figura n. 20.

2.g. LIPOMAS GIGANTES. Resultados.

2.g.1.Evolución: Todos los pacientes fueron dados de alta hospitalaria en las primeras 24 horas de la cirugía. El seguimiento de los pacientes se realizó en las consultas de cirugía de los ambulatorios a los 7 días de la intervención. Cuando existió la presencia de drenaje, se les citó a las 48 horas del alta para control y retirada de dren.

2.g.2.Morbimortalidad: La morbilidad encontrada fué del 7.31% (6 casos): (Figura n. 21).

.- Infección de herida quirúrgica -- 1 paciente.
1 hombre.

.- Dehiscencia de sutura ---------- 2 pacientes.
1 hombre , 1 mujer.

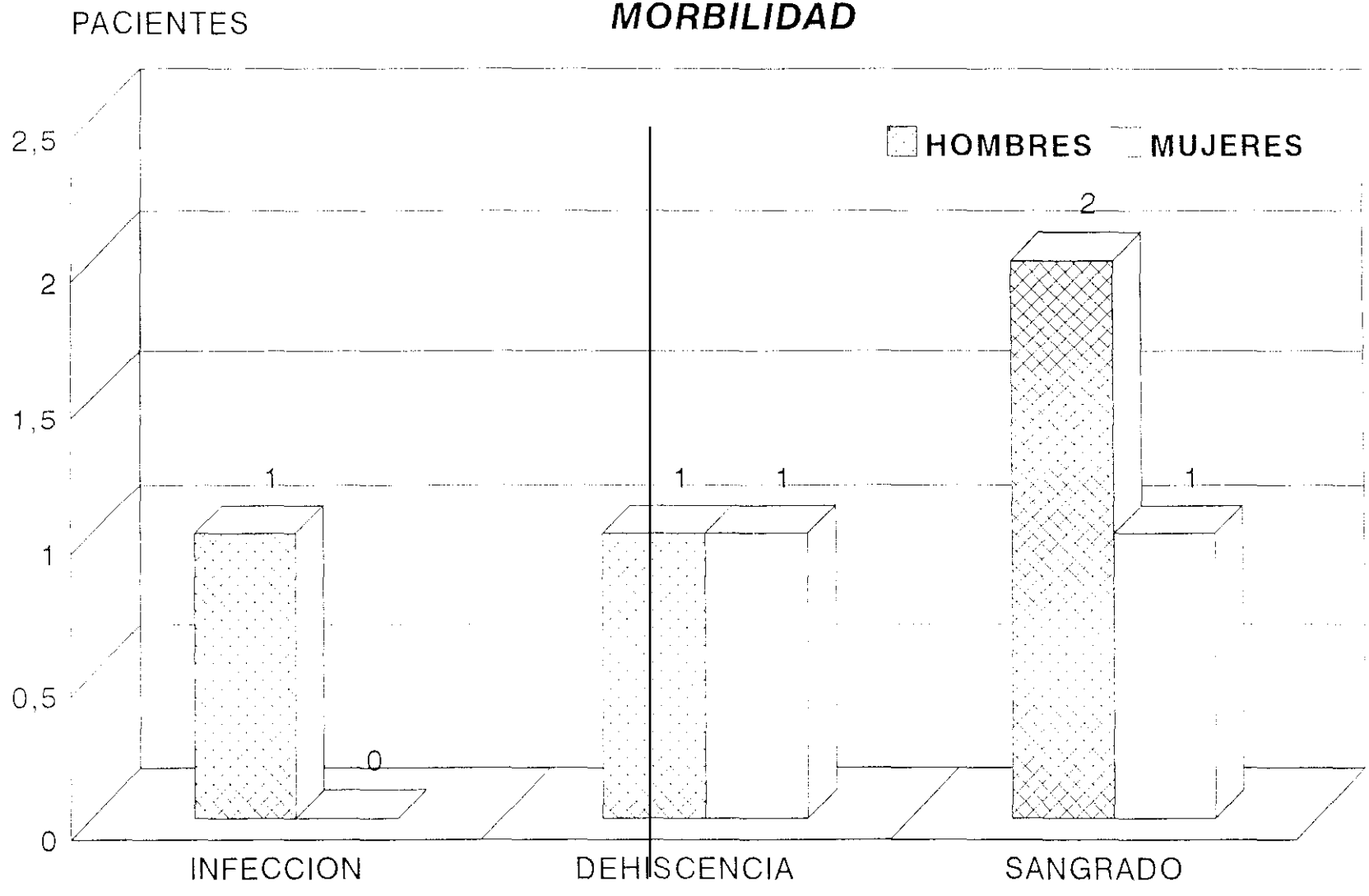
.- Sangrado de incisión quirúrgica - 3 pacientes.
2 hombres , 1 mujer.

Mortalidad fue nula, no hubo ningún fallecimiento.

La estancia media fue de 0.7 días.

CIRUGIA DE LIPOMAS

MORBILIDAD



n = 82

figura n.21.

3. REPERCUSION ECONOMICA GLOBAL.

Los costes cama/día por proceso quirúrgico, han sido facilitados por la administración de cada uno de los centros sanitarios donde se ha realizado este tipo de cirugía. Se desglosa según el centro hospitalario en cuestión. Hay que tener presente que los datos obtenidos es según el acuerdo de dichos centros con la dirección del hospital y el Insalud.

Costes por cama/día:

1.- Hospital Santa Cristina.....25.150 pesetas cama/día.

2.- Pabellón Ocho.....31.807 pesetas cama/día.

3.- Hospital de Móstoles.....16.398 pesetas cama/día.

En el precio final del coste por cama/día hay que tener presente una serie de factores económicos, que varian de un área sanitaria a otra, y a la que nos es ajena la remodelación sanitaria que viene afectando en mayor o menor medida a todos los centros en los últimos años.

Coste por proceso.

Se ha realizado el coste por proceso según el tiempo medio de

estancia hospitalaria en cada patología. Hemos preferido emplear este coste de manera global, ya que como hemos indicado anteriormente en el precio final, influyen diversos factores, entre ellos caben destacar:

1.-Los económicos, que varian de uno a otro área .

2.-Aquellos pacientes que siendo intervenidos en la unidad satélite, son trasladados por complicaciones al hospital central.

3.-Los enfermos que son intervenidos en los centros satélites, dado que en nuestro caso, distan más de veinticinco kilometros del hospital central, ingresan en su mayoría, la noche previa a la cirugía, esto provoca un incremento en la estancia media hospitalaria, que influye en el cálculo de los costes por proceso.

COSTES POR PROCESO:

Vamos a reflejar en los siguientes cuadros:

La estancia media hospitalaria

coste cama/día

coste enf./estancia media.

3.a. HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL.

Estancia media hospitalaria fue de 1.4 días.

PATOLOGIA	HOSPITAL	CAMA/DIA	ENFERMEDAD/ ESTANCIA 1/2
Hernias.	Sta.Cristina.	25.150 pts.	35.210 pts.
Hernias.	Pabellón N 8.	31.807 pts.	44.530 pts.
Hernias.	Móstoles.	16.398 pts.	22.957 pts.

3.b. SINUS PILONIDAL:

Estancia media hospitalaria fue de 1.8 días.

PATOLOGIA	HOSPITAL	CAMA/DIA	ENFERMEDAD/ ESTANCIA 1/2
Sinus pilo.	Sta.Cristina.	25.150 pts.	45.270 pts.
Sinus pilo.	Pabellón N 8.	31.807 pts.	57.253 pts.
Sinus pilo.	Móstoles.	16.398 pts.	29.516 pts.

3.c. PROCTOLOGIA.

La estancia media hospitalaria fue de 0.75 días.

PATOLOGIA	HOSPITAL	CAMA/DIA	ENFERMEDAD ESTANCIA 1/2
Proctología.	Sta.Cristina.	25.150 pts.	18.862 pts.
Proctología.	Pabellón N 8	31.807 pts.	23.855 pts.
Proctología	Móstoles.	16.398 pts.	12.298 pts.

3.d. VARICES DE MIEMBROS INFERIORES.

La estancia media hospitalaria fue de 1.2 días.

PATOLOGIA	HOSPITAL	CAMA/DIA	ENFERMEDAD/ ESTANCIA 1/2
Varices MMII.	Sta.Cristina.	25.150 pts.	30.180 pts
Varices MMII.	Pabellón N 8.	31.807 pts.	38.168 pts.
Varices MMII.	Móstoles.	16.398 pts.	19.677 pts.

3.e. PATOLOGIA MAMARIA, TUMORES BENIGNOS MAMA, MASTITIS.

Estancia media hospitalaria fue de 1.3 días.

PATOLOGIA	HOSPITAL	CAMA/DIA	ENFERMADAD/ ESTANCIA 1/2
Mama	Sta.Cristina.	25.150 pts.	32.695 pts.
Mama	Pabellón N 8.	31.807 pts.	41.349 pts.
Mama	Móstoles.	16.398 pts.	21.317 pts

3.f. LIPOMAS GIGANTES.

La estancia media hospitalaria fue de 0.7 días.

PATOLOGIA	HOSPITAL	CAMA/DIA	ENFERMEDAD/ ESTANCIA 1/2
Lipomas g.	Sta.Cristina.	25.150 pts	17.605 pts.
Lipomas g.	Pabellón N 8.	31.807 pts	22.265 pts.
Lipomas g.	Móstoles.	16.398 pts.	11.478 pts

VI. DISCUSION.

1. Generalidades.

Con los resultados obtenidos de este trabajo, podemos decir que el sistema americano es extrapolable a nuestro sistema.

En España, la atención sanitaria se ha concentado en los grandes hospitales, que comenzaron a abrirse en la década de los sesenta, macrohospitales, de enorme costo sanitario y muy difíciles de organizar en todos los sentidos. El objetivo de desmasificar el hospital, mejorando la atención primaria, es una tarea que se ha planteado en esta última década y a cuyo desarrollo estamos asistiendo en el momento actual.

La presencia de especialistas FEA en los ambulatorios y centros de salud, procedentes de los hospitales, hecho subrayado por autores (113,114) ha permitido completar el espectro sanitario y hacer una valoración correcta del posible problema quirúrgico evitando desplazamientos innecesarios.

El papel del cirujano en el diagnóstico, seguimiento y docencia es de la máxima importancia, pues es el vínculo principal entre el hospital y el área sanitaria, aunque el cirujano ha sido reacio a salir fuera del hospital. En nuestro caso, según la organización del servicio, los cirujanos mediante un orden rotatorio salen a las consultas de los ambulatorios.

Hemos de tener presente, que en nuestro país, los imperativos económicos de los Estados Unidos, por ejemplo, no han sido tan urgentes para nosotros, pues el presupuesto anual en nuestro caso es fijo y las diferencias entre estancia corta y larga, pueden no serlo tanto al valorar el coste globalmente, aunque, los parámetros están cambiando en los últimos años, los gestores y economistas dentro del mundo hospitalario hablan de UPA, costes por proceso/día, e intentan potenciar la cirugía de corta estancia.

Uno de los problemas que se suman, es la motivación del personal médico, que en ciertas ocasiones es escasa o nula, pues puede incrementar el trabajo, sin compensación económica ni profesional adicional. Ya decia HILL (115) "Un cirujano de un país desarrollado, debe estar preparado para adaptar sus métodos, al objetivo de conseguir la atención sanitaria mejor posible para el mayor número de personas y con el mínimo gasto posible".

Otro factor a tener en cuenta es la aceptación por parte de los pacientes de estos nuevos criterios. En este sentido, la elevación de la calidad de vida y el nivel sociocultural son decisivos. Está comprobado que a estratos socioeconómicos más bajos corresponden las estancias hospitalarias más largas y el mayor uso de recursos sanitarios (116,117). A mayor nivel cultural, mayor preferencia por la corta estancia, sobre todo en los procedimientos menores.

cotidiana laboral.

En nuestro Area Sanitaria, área 8 de la Comunidad de Madrid, a la que pertenecen los enfermos incluidos en nuestro estudio, corresponde en su mayoría a un nivel socioeconómico medio-bajo, con una notable proporción de población marginal, obrera, poco cualificada, con bajo nivel cultural. La resistencia a abandonar el hospital en breve es máxima, dado que se deben ir a su domicilio, que en ocasiones no tiene la comodidad que se presta en el hospital, al igual que la duración de las bajas laborales, que no responden en modo alguno a criterios lógicos, razonables, puesto que la mayoría de los pacientes al ser asalariados (trabajadores por cuenta ajena) y no autónomos (por cuenta propia), cobran igual estando trabajando que de baja por enfermedad, así los pacientes asalariados en su mayoría, no tienen prisa por reincorporarse a su actividad laboral, esto se aprecia sobre todo al compararlo con el paciente autónomo, que estan deseando una rápida recuperación para volver a su actividad cotidiana laboral.

Realmente para vencer este punto, hace falta no solo una buena educación sanitaria, sino también una conciencia social de que el gasto sanitario lo pagamos todos y que se deben usar los recursos disponibles en la medida que son necesarios.

En nuestro servicio actuamos en todos los casos con el criterio de devolver al paciente a su domicilio cuando la situación basal

se ha normalizado y los cuidados que precise pueda recibirlos externamente al hospital. Asi mismo, tampoco disponemos en el distrito sanitario de atención domiciliaria especializada. Aún asi vemos que un porcentaje importante de nuestros pacientes, 99.5% (3416 pacientes) se beneficiaron de un retorno a su domicilio antes de las 48 horas de su intervención.

En la serie estudiada hemos escogido a todos los pacientes intervenidos de manera electiva, para no introducir nuevos factores que pudieran influir en la estancia postquirúrgica, (tales como hernia incarcerada con episodio de suboclusión intestinal). Es significativo detectar que del total de ingresos electivos 3431 pacientes , el 64.58 % precisó de una estancia preoperatoria de día y el restante 43.42 % más de un día preoperatorio. Creemos que este consumo de estancias preoperatorias es mejorable, a pesar de la lejanía de algunos núcleos de población al hospital.

La anestesia local fue el procedimiento anestésico más utilizada en nuestra serie 48.32 % . Esta técnica anestésica, ya conocida por nuestro servicio, dada la experiencia en anestesia local en cirugía menor ambulatoria, fue necesariamente utilizada al principio por la carencia de anestesistas, aunque posteriormente, se ha convertido en una de nuestras técnicas de elección para su utilización en la mayoría de las patologías incluidas en nuestro programa de cirugía ambulatoria.

La anestesia general se utilizó en 14.60 % y la anestesia locorregional en 37.07 %.

Las patologías tributarias de corta estancia coincidieron con las descritas por otros autores de nuestro entorno y en general con las recomendadas para la cirugía ambulatoria.

En los casos de patología proctológica y quistes pilonidales fueron pocos los casos que permanecieron hospitalizados más de 48 horas después de la intervención y en la patología herniaria aproximadamente el 78.76% de los casos fueron altas precoces. La mayor parte de los pacientes no presentaban patologías asociadas. 2937 pacientes ASA I, 449 pacientes ASA II y 45 pacientes ASA III.

Indicadores de calidad:

Mortalidad: No se registró ningún caso, coincidiendo con otros estudios presentados en la literatura (118)

Morbilidad: Tanto la incidencia de complicaciones totales 231 pacientes (6.73%) del grupo del total de pacientes de cirugía ambulatoria, como de complicaciones de herida quirúrgica (3.17%), esto es, infecciones de herida, se encuentran dentro de los rangos de otros autores de nuestro entorno. (118-120) .

Control postoperatorio: Cuando se ha creido conveniente un seguimiento por el especialista, se han remitido a los pacientes a consultas externas del hospital o al ambulatorio de zona, ambos atendidos por cirujanos del servicio. En los casos en que no se consideró necesario el seguimiento especializado, se remitió al paciente a control por asistencia primaria.

Si aparecieron complicaciones tardias en estos pacientes, fueron normalmente remitidos nuevamente a nuestro servicio, dado que en nuestro distrito sanitario no existen otras estructuras de asistencia especializada además de nuestro hospital. No obstante, es necesario indicar que, a pesar de lo anteriormente expuesto, han podido existir incidencias no conocidas en el seguimiento de los pacientes remitidos a asistencia primaria para control.

En todos los casos el paciente abandonó el hospital provisto del perceptivo informe de alta, con una serie de recomendaciones postoperatorias en dicho informe (figura n.15).

De todo lo anteriormente expuesto podemos concluir que las intervenciones quirúrgicas de corta estancia constituyen un porcentaje importante de todos los pacientes intervenidos en nuestro servicio. Se evita un consumo innecesario de estancias hospitalarias con lo que se aumenta la eficiencia del recurso

<cama hospitalaria>, mejorando directamente los indicadores cuantitativos de nuestro servicio. Debemos mejorar la coordinación hospital-paciente hasta lograr en todos los casos que la intervención quirúrgica en los pacientes electivos se produzca el mismo día del ingreso en el hospital.

La calidad asistencial del grupo de pacientes estudiados, se ha mantenido en niveles aceptables, no suponiendo en el alta hospitalaria precoz un menoscabo de la misma.

En nuestro distrito sanitario no hemos dispuesto de asistencia domiciliaria especializada para controlar nuestros pacientes, habiendo sido suficientes los recursos actuales tanto a nivel de asistencia primaria como de asistencia especializada.

Creo que la experiencia expuesta en este trabajo ha servido para cambiar los hábitos de trabajo de los cirujanos del servicio y ha favorecido la aparición de una nueva mentalidad dentro de la comunidad tendente a aceptar de buen grado el acortamiento de la estancia hospitalaria.

2. Datos clínico experimentales.

2.a. HERNIORRAFIA AMBULATORIA.

Hasta no hace mucho tiempo la única alternativa que ofrecian los hospitales para el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal era el ingreso del paciente en el centro hospitalario. Durante las últimas décadas se han desarrollado nuevas formas de asistencia entre las que destacan las unidades de cirugía de día o sin ingreso (121) (122), en las que se realizan procedimientos quirúrgicos que, bajo anestesia local, regional ó general, permiten dar de alta al paciente el mismo día de la cirugía.(42) (108) . En España existen diversos grupos que vienen practicando la cirugía en régimen ambulatorio (108) (123).

La herniorrafia inguinal constituye el prototipo de intervención ideal para ser llevado a cabo en estas unidades independientes de la hospitalización tradicional. Las ventajas son ampliamente conocidas:

.- Mejora en la calidad de la asistencia con menores indices de recidiva y complicaciones (124) (125).

.- Reducción de costes. (124) (126)

.- Disminución de la lista de espera de esta patología tan frecuente .

Los resultados obtenidos en nuestro estudio apoyan las afirmaciones de que practicamente la mayoría de las hernias de la region inguinocrural son susceptibles de ser tratadas de forma ambulatoria, (108) (123) (125) ya que el 78 % de nuestros pacientes pudieron ser dados de alta en las primeras 24 horas.

En cuanto a la técnica anestésica empleada, se ha demostrado que la anestesia local, ofrece netas ventajas para el postoperatorio en régimen ambulatorio, tiene menos complicaciones que la anestesia regional ó general (127). Por otra parte el tratamiento postoperatorio en régimen domiciliario parece que también disminuye el número de complicaciones, posiblemente por la obligada movilización del paciente, y el alejamiento del mismo de un ambiente hospitalario séptico por naturaleza (45). Es demostrativo a este respecto, que la infección de la herida quirúrgica observada en nuestro estudio es de 1.15 %, esta por debajo de la observada por diversos autores en la literatura que viene a ser del 2-5% en pacientes hospitalizados (101). Debo citar la escasa incidencia de hematomas testiculares.

El número de recurrencias observadas fue del 2.85 %, creemos que es aceptable para el tiempo que se lleva desarrollando este

programa, el número de recidivas varia ampliamente en la literatura, si se trata de series personales, realizadas por cirujanos interesados en esa patología, en que se encuentran cifras de recidiva que van desde el 0.7% al 2 % (124) (125) , y series generales que incluyen todo tipo de cirujanos, en que se encuentran cifras entre el 10-30% , si se analizan tiempos de seguimientos mayores.

En relación con la mortalidad, no se registró ningun caso,lo que coincide con otros estudios presentados en la literatura revisada (110).

Creemos que dados los resultados obtenidos en nuestro estudio, la herniorrafia puede ser utilizada en régimen ambulatorio en la mayoria de los casos de hernias no complicadas, lo que ademas de un mayor confort para el paciente, que pasa en su propio medio el postoperatorio, ahorra camas hospitalarias y favorece la disminución de las listas de espera.La disminución de costes, tanto para el paciente y las compañias aseguradoras en la cirugía privada, como para el estado en la medicina pública, es un factor a tener en cuenta en comparación con una estancia habitual. (110).

2.b.SINUS PILONIDAL. DISCUSION.

El sinus pilonidal es una afección descrita magistralmente por Hudges (1880); su frecuencia en la raza blanca oscila del 1,003 al 3.24 % Hardaway. (129)

Una de las causas etiologicas más aceptadas hoy día del origen del quiste pilonidal es la adquirida, (130-133), siendo la más frecuente, el pelo implantado en el pliegue intergluteo, como es más notorio afecta preferentemente a varones (85%) de edades comprendidas entre los veinte y treinta años (133-135) , y así se aprecia en nuestra área, es más frecuente en el sexo masculino (71%) que en el sexo femenino (29%), el grado de epitelización del trayecto fístuloso es directamente proporcional a la duración de la historia clínica, y el pelo, no al epitelio enterrado, hecho constatado por Raffman en 1959 (136).

En relaccion con la edad, suele presentar mayor frecuencia en personas jovenes, como he comentado previamente afecta con mayor frecuencia en la segunda-tercera década de la vida. (133-135).

La anestesia local fue la más utilizada en nuestra serie, dado la buena tolerancia y mínimos efectos postoperatorios.

Maurice y Greenwood del St Thomas Hospital (137) describen diversas técnicas quirúrgicas a emplear:
Excisión con cierre primario con o sin dren, técnica abierta, fenolización (se trata de introducir fenol en el interior del trayecto fistuloso, protegiendo la piel circundante, durante unos tres minutos, y con el paciente sometido a anestesia general).

Realmente de los diversos tratamientos propuestos, ninguno ha demostrado ser el idóneo, pués si bien la resección abierta, es la que menos recidivas proporciona, esta técnica es la que hasta ahora proporcionaba mayores estancias hospitalarias.

En nuestra serie, la técnica más empleada fue la extirpación en bloque con cierre primario sin dren en el 55.8% de los casos, marsupialización en 37.76% de los pacientes, técnica abierta en el 6.34% restante. La técnica quirúrgica empleada estuvo en relación con la experiencia personal de cada cirujano. Al igual que GOLIGHER (138), en nuestro servicio de cirugía hemos optado en la mayoría de los casos por el cierre primario sin dren.

La exéresis con cierre primario (118) (135,138,139,140,141), es de entrada la hipótesis más atractiva, ya que se uniría a menor tiempo de hospitalización, 1 día para Rivera y Gutierrez (118), 6 dias para Martinez Gomez (140) y Bagur (139), 12 dias para

Goligher (138), 20 días para Makinassi (142), en nuestra serie es de 1.8 días. Si bien los métodos cerrados, tanto la sutura simple como los diversos tipos de plastias, si bien acortan la estancia hospitalaria, no estan exentos de complicaciones (19% casos) (134,143,144), siendo las recidivas mucho más frecuentes. (143,145).

La morbilidad fue de 99 casos (14.9%), con presencia de infección en el 12.08% (80 pacientes), dehiscencia en 14 casos (2.1%), hemorragia en 5 casos (0.7%).

En relacion con el coste hospitalario, la estancia media hospitalaria estuvo en 1.8 dias, lo que supone un notable ahorro hospitalario en relación con épocas anteriores de ingreso más prolongado.(134)

2.c. CIRUGIA PROCTOLOGICA

Actualmente alrededor del 40% de la patología quirúrgica, y más del 80 % de la proctológica puede hacerse en régimen ambulatorio (5,144,146,147). Sin embargo, en nuestro país este tipo de asistencia alternativa se ha prácticado escasamente, con excepción de algunos grupos aislados (118,148).

En este trabajo hemos comprobado como las condiciones sociales de los pacientes no son inconvenientes para la práctica del método ambulatorio en nuestro área, lo cual contrasta con otros estudios en los que hasta un 57% de pacientes no son considerados adecuados para cirugía ambulatoria (149).

En nuestro estudio, la dispersión geográfica no constituyó un factor negativo para la realización de la cirugía.

La morbilidad ha sido del 2.69 %, comparable e incluso menor a la comunicada por otros estudios (77,118,150) y la mortalidad nula. (110)

En relación con los costes, hemos conseguido una importante reducción en el número de estancias hospitalarias, reflejando esto un importante ahorro en el binomio coste/proceso. La disminución del número de estancias hospitalarias que en nuestro

caso es de 0,75 días, permite el uso más racional y eficiente de los recursos hospitalarios (151,152) siempre que no se aumenten los riesgos para el paciente.

2.d. VARICES DE MIEMBROS INFERIORES.

Las varices esenciales o constitucionales, se encuentran entre los 10 procesos nosológicos más comunes , y la cirugía de las varices, entre las 10 practicadas con más frecuencia en EEUU. (153). Se considera que al menos dos tercios de los pacientes que acuden a una consulta de angiología por ese proceso, deben ser intervenidos como mejor opción de tratamiento. Queda por matizar, y en este aspecto existe disparidad de criterios entre los autores, si debe hacerse cirugía radical (154).

Las varices de miembros inferiores, suelen operarlas con más frecuencia el cirujano general que el cirujano vascular, este es nuestro caso, ya que no existe un servicio de cirugía vascular en nuestro área sanitaria y las asume nuestro servicio de cirugía.

La flebectomía ambulatoria, ya se realizaba en épocas anteriores, en el mundo Griego y Romano, posteriormente fue olvidada durante algunos siglos, y fue revivida por Müller en 1956 (155).

En nuestro caso se han intervenido un total de 472 pacientes de varices de miembros inferiores, de las cuales se han realizado 47 casos con anestesia local, a estos 47 pacientes se les realizó tratamiento conservador que consistió en : ligadura de la safena interna a nivel del cayado en la región inguinal y a

nivel del maleolo interno, con extirpación de nodulos varicosos sin realizar fleboextracción de la vena safena interna, para conservarla por posibles usos ulteriores.

La infiltracion de pequeñas venas varicosas y/o nódulos, pueden ser extirpados por multiples incisiones pequeñas (técnica de Müller) (156). Cuando es necesario la extracción de la vena safena (stripping) se puede realizar esta con anestesia local (156,157), así presenta Creton una serie de 700 pacientes en los que se realiza fleboextracción de vena safena con anestesia local, realizando bloqueo del nervio femoral utilizando como anestésico Mepivacaína ó lidocaína. En nuestro caso, cuando se realizó fleboextracción de la vena safena, se utilizó anestesia general o regional (epidural), en ninguno de los casos se utilizó anestesia local para stripping de vena safena. Existen trabajos como el de Creton (158), que comparan en stripping con anestesia general y anestesia local, este nos indica que con anestesia local se acorta la estancia hospitalaria y que además la anestesia local es mejor que la anestesia general dado que el dolor de la estructura nerviosa nos indica que nos acercamos a la zona nerviosa y que debemos alejarnos de ésta, para así evitar secuelas neurológicas.

Nabatoff y col. (159), presenta una serie de 4000 pacientes operados bajo anestesia general como contraposición (realizando

fleboextracción de la vena safena), y con la novedad de que las realiza como cirugía ambulatoria. En nuestra serie, los pacientes son devueltos a casa en las primeras 48 horas, situandose la estancia media en 1.2 días. Con estos resultados, estamos de acuerdo con Guillerot y col. (160) en la eficiencia de la flebectomía ambulatoria.

La morbilidad fue del 4.02% , en 4 pacientes se apreció infección de la herida quirúrgica a nivel inguinal, en 6 pacientes TVP, en 5 pacientes cefalea post-anestesia y en 4 pacientes celulítis de miembro inferior. No hubo ningún fallecimiento, resultados similares a otros autores como Bishop (161).

2.e. LIPOMAS , PATOLOGIA MAMARIA.

En este apartado hemos agrupado una serie de enfermos, que no podiamos incluir en la clasificación de cirugía ambulatoria estricta, dado el tamaño ó localización de la lesión, han sido un total de 166 pacientes, 82 pacientes con diagnóstico de lipomas gigantes y el resto de pacientes 84, con patología benigna mamaria.

Debemos tener en cuenta que la patología mamaria en mujeres presenta baja incidencia en nuestra serie, debido a que el servicio de ginecología absorve esta patología.

En ambos casos la estancia media hospitalaria fue proxima a las 24 horas (0.7 días para los lipomas y 1.3 días para la patología mamaria).

La morbilidad en el caso de lipomas fue del 7.31% del total y en el caso de la patología mamaria fue del 3.57% del total .

La mortalidad fue nula en ambas series.

2.f. ESTANCIA MEDIA GLOBAL.

La estancia media global en nuestro estudio ha sido:

- Sinus pilonidal:.....1.8 días.
- Patología mamaria:.....1.3 días.
- Hernias pared abdominal:.....1.4 días.
- Varices miembro inferior:.....1.2 días.
- Proctología:.....0.75 días.
- Lipomas gigantes:.....0.7 días.

Los factores que influyen en la estancia operatoria son múltiples y complejos, y juegan un papel decisivo en los hábitos tanto del médico o equipo como del entorno que trabajan, y las presiones sociales de los enfermos. Podemos apreciar grandes diferencias de un país a otro y dentro de cada país de una region a otra, incluso dentro de nuestra propia comunidad, segun el área sanitaria que se atienda.

La duración del postoperatorio, es uno de los indicadores más importantes de la eficiencia del sistema como expresan Morgan y col. (162). Entre los principales factores se

consideran la edad, aunque no prolonga significativamente la estancia si la comparamos con otras variables como la obesidad, patologías asociadas, necesidad de administrar líquidos intravenosos, monitorización u oxigeno, o la realización simultanea de más de un procedimiento quirúrgico. Otros indicadores son: el status socioeconómico de la población, la organización de cada hospital, sin excluir los aspectos económicos, las prácticas y usos de cada cirujano dificiles de cambiar, la técnica y la anestesia empleadas, y los factores sociales como vivir solos sin apoyo familiar, no disponer de ayuda domiciliaria.

Autores como AVERY-JONES en la decada de los sesenta (163), hablaba de la tendencia a reducir la estancia hospitalaria en el Reino Unido, y de que esta, no solo era un problema económico, sino tambien social. GRIFFITHS y col, en el año 1985 (164), estudia la influencia de la organización hospitalaria en relación con la duración de la estancia, hallandola superior a los criterios y hábitos de los propios facultativos.

Si comparamos las estancias medias de diversos autores en la literatura (162,165,166-171), con las obtenidas en este trabajo, estas son más razonables y óptimas, pudiendo comparar nuestros resultados con otras series (108,110,118,120).

Podemos concluir que la reducción progresiva de la estancia hospitalaria se esta comenzando a realizar en el ámbito hospitalario en nuestro país gradualmente y no sin cierta polémica que cada día se va disipando, comprobando que existe una igual o mejor nivel de calidad por lo que está justificado.

La cirugía ambulatoria es una de las soluciones ventajosas en el camino hacia la sanidad del siglo XXI, a la luz de los resultados obtenidos , se demuestra la conveniencia de su amplia implantación y desarrollo.

VII. CONCLUSIONES.

Con los resultados obtenidos en este trabajo , **desarrollo de un progama de Cirugía ambulatoria y de alta precoz,** podemos llegar a una serie de conclusiones que las podemos agrupar en los siguientes apartados:

1.- Los programas de cirugía ambulatoria y de alta precoz, son un método eficaz y deseable para el tratamiento de cierto tipo de pacientes y patologías.

2.- Los programas de cirugía ambulatoria constituyen un método seguro, si se realiza una cuidadosa selección de pacientes por criterios sociales, anestésicos y quirúrgicos adecuados.

3.- Permiten los mismos o mejores niveles de seguridad en morbimortalidad que los programas de ingreso hospitalario.

4.- Hacen frente a la creciente demanda de actos médicos y quirúrgicos que existen en el momento actual y con tendencia a un incremento progresivo de los mismos.

5.- Reducen la lista de espera de enfermos quirúrgicos, evitando bajas laborales de pacientes en edades productivas.

6.- Reducen los costos económicos , al racionalizar el coste y el gasto sanitario, se intenta un ahorro para invertir mejor en

los circuitos sanitarios y en los pacientes que más necesitan el *internamiento y las tecnologías de mayor complejidad*.

7.- Mayor confortabilidad para el paciente y familiares al reincorporarse en un corto periodo de tiempo a su ambiente familiar, laboral, y actividades cotidianas.

8.- La experiencia expuesta en este trabajo, ha servido para cambiar los hábitos de trabajo de los cirujanos de nuestro servicio, y ha favorecido el desarrollo de una nueva mentalidad dentro de la comunidad, tendente a aceptar de buen grado el acortamiento de la estancia hospitalaria.

TITULADO: "CIRUGIA AMBULATORIA Y DE ALTA PRECOZ"

DE LA CLASE PRACTICA DEL JULIAN DE PEDRO CONAL

OBTUVO POR MAYORIA LA CALIFICACION DE APTO CUM LAUDE POR UNANIMIDAD

Madrid, 19 de Octubre de 1995

El Presidente,

El Vocal,

El Vocal,

El Vocal,

El Vocal Secretario,

VIII. BIBLIOGRAFIA.

BIBLIOGRAFIA

1.- ORKIN, F. K. "Selection anesthesia for ambulatory surgery". **Wetchler B. V, Ed. J.B- Lippincott Co. Philadelphia. 1985; 77.**

2.- RONALD,J., LAGOE, PHD., "A community-based analysis of ambulatory surgery utilization". **AJPH. 1986; 76(2): 150-153.**

3.- KAMBOURIS, A. A. "Ambulatory surgery its impact on general surgical practice". **Am. Surg. 1986; 52(7): 347-350.**

4.- DAVIS, J. E. "Ambulatory surgical care: basic concept and review of 1.000 patients" . **Surgery. 1973; 73: 483-485.**

5.- BURN, J. M. "Responsible use of resoerces: day surgery". **Br.Med. J. 1983; 286: 492-493.**

6.- CALNAN, J., MARTIN, P. "Development and practice of an autonomous minor surgery unit in a General Hospital". **Br. Med. J. 1971; 4: 92-96.**

7.- CARO, A. "Minor surgery clinics: How to run one". **Practicioner. 1989; 233: 1213-1216.**

8.- CARO, A. "Minor surgery clinics: Audit". **Practicioner. 1989; 233: 1275-1276.**

9.- CARO, A. "Minor surgery clinics: setting up". **Practicioner. 1989; 233: 1136-1137.**

10.- KATZ, R. L. "Issues in outpatient surgery". **Seminars in Anaesthesia, 1986; V: 258-267.**

11.- STEPHENS, F. O., DUDLEY, H. A. F. "An organisation for outpatient surgery". **Lancet. 1961; 1042-1046.**

12.- ALEXANDER WILLIAMS, J., "Outpatient operations. I. The surgeon's view". **Br. Med. J. 1969; 1: 174-175.**

13.- THUROW, L. C. "Medicine versus economics". **N.Engl.J.Med. 1985; 313(10): 611.**

14.- YOUNG, D., y SALTMAN, R.B. "Prevención de costes". **Todo Hospital. 1987; 38: 19.**

15.- BALIBREA, J.L.," Evaluación de un servicio de cirugía general" . Editorial. **Cir. Esp. 1989; 4: 449-451.**

16.- FARQUHARSON, E. L. "Early ambulation with special reference to herniorraphy as an outpatient procedure". **Lancet 1955; 2: 517-519.**

17.- REIS, E. "Early ambulation ". **JAMA. 1899; 33: 454.**

18.- ILES, J. D. "Convalescence after herniorraphy". **JAMA. 1972; 219: 385-388.**

19.- PALUMBO, L. T., y SHARPE, W.S., "Primary inguinal hernioplasty in the adult". **Surg. Clin. North. Am. 1971; 51: 1293-1300.**

20.- FLANAGAN, L. "Herniorrhaphies performed upon outpatients under local anesthesia". **Surg. Gynecol. Obstet. 1981; 153: 557-560.**

21.- BELLIS, C.J. "Inguinal herniorrhaphy: inmediate return to unrestricted work" . **Ind. Med. Surg. 1964; 33: 721-725.**

22.- BELLIS, C.J. "16.069. Inguinal herniorrhaphies using local anesthesia with one day hospitalization and unrestricted activity". **Int. Surg. 1975; 69: 37-39.**

23.- BARWELL,N. J. "Recurrence and early activity after groin hernia repair". **Lancet. 1981; 2: 985.**

24.- TRICE, E.T., "The application of principles of early ambulation to surgical patients". **Virginia Medical Monthly, 1947; 74: 103-107.**

25.- FREDDMAN, D. L. "Inguinal herniorrhaphy in a health centre". **Acta Chir. Scand. 1979; 145: 235-237.**

26.-ILES, J. "The management of efective hernia repair". **Plast. Surg. 1979; 2: 538-542.**

27.-EARLE, A. "Local anesthesia for inguinal herniorrhaphia". **Am. J. Surg. 1960; 110: 783-786.**

28.- FLANAGAN, L., BASCOM, T. U., "Repair of the groin hernia. Outpatient with local anesthesia". **Surg. Clin. North Am. 1984; 64: 257-267.**

29.-CHANG, F. C.,y FARHA, G. J. "Inguinal herniorrhaphy under local anesthesia". **Arch. Surg. 1977; 112: 1069-1072.**

30.-MACKURIA, T., ALEXANDER WILLIAMS, J.,y KEIGHLEY, M. R.B., "Comparasion between general and local anesthesia for repair

of groin hernias". **Ann.R. Coll. Surg. Engl. 1979; 61: 291--294.**

31.-LICHTENSTEIN, I. L.,y SHORE, J.M., "Exploding the myths of hernia repair". **Am. J. Surg. 1976; 132: 307-315.**

32.- NICOLL, J. G. "The surgery of infance". **Br. Med. J. 1909; 2: 753-754.**

33.- REED, A. W., FORD, J. L., "Outpatient clinic for surgery". **Med. World. News. 1971; 12: 58.**

34.- DAVIS, J. E., DETMER, D. E., "The ambulatory surgical unit". **Am. Surg. 1972; 6: 856-862.**

35.- DAVIS, E., "The future of major ambulatory surgery". **Surg. Clin. North Am. 1987; 67(4): 893-901.**

36.- DAVIS, J. E. "Major ambulatory surgery of the general surgical patient. Management of anorectal conditions, peripheral vascular problems, and gastrointestinal endoscopy". **Surg. Clin. North. Am. 1987; 67(4): 761-790.**

37.- LOFFER, F.D. "Major ambulatory surgery of the gynecologic and obstetric patient". **Surg. Clin. North. Am. 1987; 67(4): 791-804.**

38.- CLOUD, D. T. "Major ambulatory surgery of the pediatric patient". **Surg. Clin. North. Am. 1987; 67(4): 805-817.**

39.- GUSSACK, G. S., HUDSON, W. R. "Major ambulatory surgery of the otolaryngologic patient". **Surg. Clin. North. Am. 1987; 67(4). 819-840.**

40.- PEACOCK,E. E. Jr. "Major ambulatory surgery of the plastic surgical patient". **Surg. Clin. North. Am. 1987; 67(4): 865--879.**

41.- STUART MC. CRAKEN, J. "Cirugía mayor ambulatoria del paciente oftalmológico". **Clin. Quirur. Nor. Am.(Ed Esp) 1987; 4: 909-921.**

42.- BURNS, L.A., "Business planning for ambulatory surgical services". **Surg. Clin. N. Am. 1987; 67(4): 709-719.**

43.- SALTZSTEIN, E. C., SULLIVAN, C. H. B., PATTERSON, E. M., HILLER, J. A., "Ambulatory surgical unit". **Arch. Surg. 1974; 108: 143-146.**

44.- DAVIS, J. E., SUGIOKA, K.," Selecting the patient for major ambulatory surgery. Surgical and anesthesiology evaluations". **Surg. Clin. North Am. 1987; 67(4): 721-732.**

45.- DAVIS, J. E. "The major ambulatory surgical center and how it is developed". **Surg. Clin. North. Am. 1987; 67(4): 671--692.**

46.- DAVIS, J. E. "History of mayor ambulatory surgery". En **Davis, J. E. Ed. Mayor ambulatory surgery. Baltimore. Willians & Wilkins . 1986; 3-31.**

47.- FAXON, N. M. "A history of hospital ". **Bull. Am. Hosp. Assoc. 1929; 3: 23.**

48.- DETMER, D. E. "Ambulatory surgery". **N. Engl. J. Med. 1981; 305: 1406-1409.**

49.- O'NEILL, J. A., TEMPLENTON, J. J. "Ambulatory surgery". **Adv. Surgery. 1990; 23: 211-238.**

50.- HERZFELD, G. "Hernia in infancy". **Am. J. Surg. 1938; 39: 422-428.**

51.- IZANT, R. J. "Non operative aspects of pediatric surgery". **27 th Ross Pediatric Research Conference, Columbus (Ohio), 1957.**

52.- BUTTERWORTH HOSPITAL NEWS. **Grand Rapids, Michigan, June, 1961.**

53.- OTHERSEN, H. B., CLATHWORTHY, H. W. "Outpatient herniorraphy for infants". **Am. J. Dis. Child. 1968; 16: 78-81.**

54.- CHIANG, T. M., SUKIS, A. E., ROSS, D. L., "Tonsillectomy performed on an outpatient basis: Report of a series of 40.000 cases performed without a death". **Arch. Otolaryngol. 1968; 88: 307-310.**

55.- LATHI, P. T. "Ambulatory surgery continues to prove itself". **Mich. Med. 1981; 80: 109.**

56.- FORD, J. L., REED, N. A. "The surgicenter: an innovation in the delivery and cost of medical care". **Ariz. Med 1969; 26: 801-804.**

57.- PERRIN, J. M., VALVONA, J., SLOAN, F. A. "Changing patterns of hospitalization for children requering surgery". **Pediatrics 1986; 77: 587-592.**

58.- O'DONOVAN, T. R., O'DONOVAN, P. G. "The future is now". En Wetchler. B. V: Ed. Anaesthesia for ambulatory surgery. **Philadelphia J. B. Lippincott Company, 1985; 26-29.**

59.- LEVY, M. L. "Complications: prevention and quality assurance. En: Weintrab HB, Levy ML, eds. Outpatient anesthesia. Anesthesiology clinics of North America". **Filadelfia, W. B. Saunders Company, 1987; 5: 137-165.**

60.- ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND. "Commission on the provision of surgical sources. Guidelines for day case surgery". **London : Royal College of Surgeons, 1985.**

61.- MORGAN, M. BEECH,R. "Variations in lenghts of stay and rates of day case surgery: implications for the efficiency of surgical management". **J. Epidemiol. Comunity. Health. 1990; 44(2): 90-105.**

62.- ALDRIDGE, L. W. "Cooperative effort to reduce a waiting-list". **Br. Med. J. 1965; 1: 183-184.**

63.- ANDERZON, G. " Cost effectiviness of Brithis ambulatory surgery. A minimum of personnel provides high quality care". **Lakartidningen. 1993 Jun 2 ; 90 (22): 2150 -2154.**

64.- BARLETT, K. M., BATTIT, G. E., ROCKETT, A. M., PERRY, E. T., AUSTEN, W.G. "The role of surgery on ambulatory patients in one teaching hospital". **Arch. Surg. 1979; 114: 319-320.**

65.- PATTERSON, J. F., BECHTOLDF, A. A., LEVIN, K. J., "Ambulatory surgery in a University setting". **JAMA 1976; 235: 266-268.**

66.- RAINEY, J. B., RUCKLEY, C. V., "Works of a day-bed unit 1972-1978 ". **Br. Med. J. 1979; 2: 714-717.**

67.- RUBY, T., MITCHELL, R. N. "Organization of a Major Ambulatory Surgery program". **Surg. Clin. North Am. 1987; 67: 693-707.**

68.- FALLO, P. C., "Developing a program to monitor patient satisfaction and outcome in the ambulatory surgery setting". **J. Post. Anesth. Nurs. 1991; 6 (3): 176-180.**

69.- FASA STATISTICS reveal top 10 procedures Same-day . **Surgery. 1981; 5: 48.**

70.- DETMER, D. E., BUCHANAM-DAVIDSON, D. J., "Ambulatory surgery". **Surg. Clin. North Am. 1982; 66: 685-704.**

71.- ABDU, A. R., "Ambulatory herniorraphy under local anesthesia in a comunity hospital". **Am. J. Surg. 1983; 145: 353-356.**

72.- WANTZ, G. E., "Cirugia ambulatoria de las hernias". **Br. J. Surg (Ed. Esp). 1990; 3: 215-216.**

73.- RASHID, A., ABDU, M. D., "Ambulatory herniorraphy under local anesthesia in a comunity hospital". **Am. J. Surg. 1983; 145: 353-356.**

74.- BERRY, F. A. "Preoperative assesment and general management of outpatients". **Int. Anesthesiol. Clin. 1982; 20: 3-15.**

75.- HOLLENDER, L. F., MEYER, C., "Criteres de selection et contra-indications de le chirurgie en ambulatorie". **Chirurgie. 1990; 116(8-9): 568-572.**

76.- EPSTEIN, B. S., **Same-Day Surg. 1979; 3: 99.**

77.- NATOF, H. E., "Complications associated with ambulatory surgery". **JAMA. 1980; 244. 1116-1118.**

78.- SYSTEMIC DISEASE PETIENTS PROVEN ACCEPTABLE FOR AMBULATORY SURGERY. **Same-Day Surgery 1981; 5: 43.**

79.- ARMITAGE, E.N., HOWAT, J. M., LONG, F.N., "A day-surgery programme for children incorporating anesthesic outpatient clinic". **Lancet. 1975; 2: 21-23.**

80.- COHEN, D., KENEALLY, J., BLECK, A., el al. "Experience with day stay surgery". **J. Pediatric. Surg. 1980; 15: 51-55.**

81.- JONES, S., SMITH, B., "Anesthesia for pediatric day-surgery". **J. Pediatric. Surg. 1980; 15: 31-33.**

82.- RIGG, J., DUNN, G. L., CAMERON, G. S.,"Paediatric outpatient surgery under general anesthesia". **Anesth. Intensive care. 1980; 8: 451-453.**

83.- JAMES, V. L., WHULER, W. G., **Pediatrics. 1969; 43: 488.**

84.- STEWARD, D. J., **Anesth analg. 1973; 52: 877.**

85.- LAWRIE, R., "Operating on children as day cases". **Lancet. 1964; 2: 1289.**

86.- GOLUB, R., CANTU, R., SORRENTO, J.J., STEIN, H.D., "Efficacy of preadmission testing in ambulatory surgical patient". **Am. J.Surg. 1992; 163(6): 565-571.**

87.- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS: Acreditation manual for ambulatory health care. **Chicago, Joint Commission on Accreditation of Hospitals. 1896; 31-35.**

88.- DRIPPS, R. D., ECKENHOFF, J.E., VANDAM, L. D., "Introduction to anesthesia". **Edition 6. Philadelphia. NB Sanders 1982; 17-18.**

89.- LINARES, M. J., PELEGRI, M. D., RAMON, C., FAURA, A., ROMERO, E., fERNANDEZ, M., "Evaluación de las técnicas anestésicas en cirugía ambulatoria". **Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 1993; 40(4): 210-216.**

90.- BURN, J. M., "A blueprint or day surgery". **Anesthesia. 1979; 34: 790-805.**

91.- OTERO HUERTA, C., GILSANZ RODRIGUEA, F. J., "Anestesia en cirugía ambulatoria". **Acta Anest. Reanim. 1991; 1: 21-27.**

92.- REILING, R. B., WILMORE, D.W., BRENNAN, M.F., HARKEN,A.H., HOLNOFT,J.N., MEAKINS,J.L.,editores. "Cirugía de día y de corta estancia" . **Atención del paciente quirúrgico. Aspectos de organización. 1991; 3(Sec 10): 1-13.**

93.- NATOF, H. E., "Ambulatory surgery: pre-existing medical problems". **Illinois Medical Journal (ILL-Med-J). 1984; 166(2): 101-104.**

94.- PHILIP, B. K., COVINO, B. G., "Local and regional anesthesia . Anesthesia for ambulatory surgery". **Wetcheler, B.V. Ed. J.B.Lippincott Company. Philadelphia. 1985; 225-274.**

95.- BOVILL, J. G., SEBEL, P.S., BLOCKBURN, C. L., HEYKANTS, J., "The pharmacokinetics of alfentanil (R 39209): a new opioid analgesic". **Anesthesiology. 1982; 57: 439-443.**

96.- ABRAMOWITZ, M. D., OH, T. H., EPSTEIN, B. S. et el. "The antiemetic effect of droperidol following outpatient stabismus surgery in children". **Anesthesiology. 1983; 59: 579.**

97.- MERYDY, H. W., "Criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines for anesthetic management: a retrospective study of 1533 cases". **Anesth. Analg. 1982; 61: 921-926.**

98.- JAKOBSEN. H., HERTZ, J. B., JOHANSEN, J. R., HANSEN, A., KOLLIKER, K., "Premedication before day surgery. A double--blind comparison of diacepam and placebo". **Br. J.Anesth. 1985; 57(3): 300-305.**

99.- SCHMIDT, J. F., SCHIERUP, L., BANNING, A.M., "The effect of sodium citrate on the PH and the amount of gastric contents

before general anaesthesia". **Act. Anesthesiol. Scand. 1984; 28(3): 263-265.**

100.- RYAN, J. A., ADYE, B. A., JOLLY, P.L., MULRAY, M.F., "Outpatient inguinal herniorraphy with both regional and local anesthesia". **Am.J. Surg. 1984; 148: 313-316.**

101.- PONKA, J. L., "Seven steps to local anesthesia for repair of inguino-femoral hernia". **Surg. Gynecol. Obstr. 1963; 117: 115-120.**

102.- CARRASCO, M. S., SEGURA, D., MARENCO, M.L., MARTIN, M.L. "Propofol un agente anestésico intravenoso nuevo". **Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 1991; 38(3): 173-181.**

103.- KORTILLA, K., APFELBAUM, J., EKDAW, M., PRUNSKIS, J., ROIZEN, M., "Recovery from propofol versus thiopental-isoflurane in patients undergoing outpatient anesthesia". **Anesthesiology 1988; 69: 564.**

104.- MAZO, V., BERTRAN,C., LLORENTE,C., SALVADORES,M., ROCA,G., VIDAL, F., "Comparación entre el tiopental y propofol en anestesia de corta duración". **Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 1991; 38(3): 149-152.**

105.- RISSING, S., DOGSON, M. S., STEEN, P. A., "Isoflurance v. fentanyl for outpatient laparoscopy". **Acta anesthesiol Scand 1985; 29: 251-255.**

106.- KING, M. J., MILAZKIEWICZ, R., CARLI, F., DEACOK, A. R., "Influence of neostigmine on postoperative vomiting". **Br. J. Anesthe. 1988; 61(4): 403-406.**

107.- MURRAY, R. S., "Supplemental oxygen after ambulatory surgical procedures". **Anesth-Analg. 1988; Oct 67 (10): 967--970.**

108.- MORALES, R., POLO, J.R., LASALA, M.A., HERNANDEZ,P., GARCIA,J.L., "Tratamiento quirúrgico ambulatorio de la hernia inguinal". **Inform. Tec. SNS. 1991; 15: 85-91.**

109.- MARTIN MORALES, J., MARTINEZ DIESTRE, M.D., RODRIGUEZ HERNANADEZ,S., SUAREZ CHARNECO, A., BACHILLER BURGOS,J., "Cirugía ambulatoria proctológica". **Cir. Esp. 1992; 52: 119-123.**

110.- RIVERA GUTIERREZ, J., GINER NOGUERAS,M., "Cirugía ambulatoria. A proposito de 564 casos consecutivos". **Cir. Esp. 1992; 51: 101-105.**

111.- MUGICA BARREIRO,P.M., LARRUECA GAZAYA,I., RAMOS JIMENEZ, F., RODRIGO SASAL, R., PEREZ ORTEGA, A., "Cirugía de corta estancia. Paso previo para la implantación de una unidad de cirugía sin ingreso". **Cir. Esp. 1994; 55 (4): 289-291.**

112.- MAPA SANITARIO C.A.M. **Serie plan estratégico de atención sanitaria 1. 1990; 3: 59-159.**

113.- EGHDAL, R. H., "Ambulatory health-care delivery and the surgeon". **Surgery 1973; 73: 637-638.**

114.- DELANY, H. M., "A surgeon's view of a comunity health center". **Surgery 1973; 73: 486-489.**

115.- HILL, G.J., "Outpatient surgery. What are the indications for it?". **Surgery 1975; 77: 333-335.**

116.- KOSKA, M.T. "Ambulatory surgery gets high marks from the ederly". **Hospitals 1990; 64: 55.**

117.- JENSEN,J., JACKSON, B., "Consumers prefer same-day surgery to impatient care for minor procedure". **Modern Health care. 1985; 15: 776-787.**

118.- RIVERA GURTIERREZ, J., GINER NOGUERAS, M. "Cirugía ambulatoria: estudio piloto". **Cir. Esp. 1988; 64: 865-874.**

119.- VIZCAINO LOPEZ, A. et al. "Programa de cirugía mayor con mínima estancia hospitalaria. Valoración de un año de desarrollo". **Cir. Esp. 1993; 54: 316-319.**

120.- BORDALLO CORTINA, A., ARMAÑANZAS VILLENA, E., y col. "Cirugía de corta estancia. A propósito de 120 casos". **Cir. Esp. 1993; 52: 140-143.**

121.- SIERRA, E., COLOMER, J ., PI,F., "Tratamiento de las hernias parietales en la unidad de cirugía sin ingreso en el Hospital de Viladecans". **Libro de resumenes de la VIII Reunion Nacional de Cirugía. Barcelona 1991; 194-195.**

122.- BASKERVILLE, P.A., JARRET, P.E., "Day case inguinal hernia repair under local anesthesia". **Ann. R. Coll. Surg. Engl. 1983; 65: 224-225.**

123.- LOPEZ, J., "Cirugía de las hernias de la ingle". **Cir. Esp. 1992; 51: 163-164.**

124.- LINCHENSTEIN, I. L. "Hernia repair wihtout disability". **St.Louis. C.V. Mosby, 1987; 216-221.**

125.- GLASSOW, F., "The surgical repair of inguinal and femoral hernias". **Can. Med. Assoc.J. 1973; 108: 308-313.**

126.- GILBERT, A.L., "Inguinal herniorraphy: reduced morbility". **South. Med. J. 1979; 72: 831-834.**

127.- YOUNG, D. V., "Comparison of local, spinal and general anesthesia for inguinal herniorraphy". **Am. J. Surg. 1987; 153(6): 560-563.**

128.- SARABIA, J., "Analisis económico de la hospitalización a domicilio y su compensación con los costes hospitalarios". **Revista de la Seguridad Social 1983; 17: 131-140.**

129.- HARDAWAY, R.M., "Pilonidal cyst. Neither pilonidal nor cyst." **Arch. Surg. 1958; 76: 143-147.**

130.- PATEY, D.H., SACRD, W., "Pathology of potsanal pilonidal sinus: its bering on treatment" . **Lancet 1946; 2: 484-486.**

131.- DEL OLMO ESCRIBANO, M., CUEVAS RUIZ, C., LOPEZ FRIAS, P., MARTINEZ DE VIEZMA,J.M., GOMEZ GUTIERREZ, A., MARTINEZ MINO,J.L., "Tratamiento localizado del sinus pilonidal". **Cir. Esp. 1988; 44: 633-636.**

132.- ALLEN-MARSH, T.G., "El sinus pilonidal: en busca del tratamiento adecuado". **Br. J. Surg. (Ed. Esp.) 1990; 3: 476-487.**

133.- FOX, S. L., " The origin of pilonidal sinus." **Surg. Gynec. Obst, 1935; 60: 137-148.**

134.- MC CAUGHAM, J.S., "The results of the surgical treatment of pilonidal cyst". **Surg. Gynec Obst. 1965; 121: 316-318.**

135.- TOURNEAUX, F., HERMANN, G., "Ductus anales". **J Anat (Paris)1987; 23: 498-529.**

136.- RAFFMAN, R. A., "Re-evaluation of the pathogenesis of pilonidal sinus". **Ann. Surg. 1959; 150: 895-903.**

137.- MAURICE, B.A., GREENWOOD,R.K. "A conservative treatment of pilonidal sinus". **Br. J. Surg. 1964; 51: 510-512.**

138.- GOLIGHER,J.C., "Fistula pilonidal". **En cirugía del ano, recto y colon. 3ª Ed.Inglesa, versión Esp. Pags 212-217. Salvat Editores. Barcelona, 1979.**

139.- BAGUR, C., MARTRAT, A., ASTUDILLO, E., SAENZ, A., LOVER, J.M., FERNANDEZ CRUZ, L., "Enfermedad pionidal. Análisis de 204 casos". **Cir. Esp. 1990; 47: 73-77.**

140.- MARTINEZ GOMEZ, D.A., MARTIN LORENZA, J.G., MARTIN DIAZ, L., AGUAYO ALBASINI, J.L., HERNANDEZ MARTINEZ, J., "Sinus

pilonidal, tratamiento por exéresis en bloque con sutura primaria". **Cir. Esp. 1988; 44: 770-744.**

141.- ZIMMERMAN, C.E., "Outpatient excision and primary closure of pilonidal cysts and sinises". **Am. J. Surg. 1978; 136: 640-642.**

142.- MAKINESSI, K., BERCHID, S., VAR THORBECK, R., "La fenolización en el tratamiento del sinus pilonidal". **Cir. Esp. 1990; 48: 87-91.**

143.- CARTENSEN, G., KEICHEL, F., "Atiologic und therapie des sinus pilonidalis". **Chirurg, 1963; 303-308.**

144.- MITCHELL, R.T., "Organization of a major ambulatory surgery program". **Surg. Clin. North. Am. 1987; 67: 693-707.**

145.- RODRIGUEZ MARTIN, A., "Estudio del sinus pilonidal. Su tratamiento según la técnica de excisión y sutura primaria". **Mem. de Licenciatura. Granada, 1982.**

146.- MEDWELL, S. T., FRIEND,W.G., "Outpatient anorectal surgery". **Dis. Colon. Rectum 1979 ; 22: 480-482.**

147.- SMITH, L.E., "Ambulatory surgery for anorectal diseaeses. An update". **South Med. J. 1986; 79 163-166.**

148.- COLOMER, J., ALONSO,C., FERNANDEZ, C., "Desing, development and follow-up of major ambulatory surgery program in a comunity hospital". Hospital de Viladecans. **Barcelona. 1° Congreso Europeo de Cirugía ambulatoria, 1991. Bruselas. Abstrac 029.**

149.- SENAPATI, A., YOUNG,A.E., "Aceptability of day care surgery". **J.R. Soc. Med. 1989; 82(12): 735-736.**

150.- PINEAULT, R., CONSTANDRIOPOULOS, A.P., VALOIS, M., BASTRAN,M.L., "Randomized clinical trial of 1-day surgery". **Med. Care 1985; 23: 171-182.**

151.- HEATH, P., OGY,T., HALL,C., BROWNLIE, G., "The cost of day surgery". **Health trends 1990; 22: 109-111.**

152.- BOLTRI,F., DAL BO,R., DISCALZO, L., GENTILLI, S., "Proctological surgery in the day-hospital regimen". **Minerva Chir. 1993; Sep 15. 48 (17): 911-913.**

153.- LOFGREN, K.A. "Management of varicose veins: Mayo clinic experience. En venous problems". **Year book medical publishers Inc. Chicago. 1984.**

154.- LAVORATO, F., "Terapia Chirurgia della varici degli art. inferiori". **En " Flebologia" Masson. Italia. Editori. Milano 1983.**

155.- MULLER, R., "Ambulatory phlebectomy". **Ther Umsch. 1992 Jul; 49 (7): 447-450.**

156.- RICCI, S., GEORGIEV, M., "Office varicose vein surgery under local anesthesia". **J. Dermatol. Surg. Oncol. 1992; 18 (1): 55-58.**

157.- CRETON, D., "The results of internal saphenous vein stripping under local anesthesia in outpatient care (700 cases)". **Phlebologie. 1991; 44 (2) : 303-311.**

158.- CRETON, D., "Comparative result of stripping under general anesthesia and under locoregional anesthesia. 200 cases." **Phlebologie 1989; Jan-Mar 42(1) : 121-128.**

159.- NABATOFF, R. A., STARK, D.C.C., "Complete stripping of varicose veins with the patient on an ambulatory basis". **Am. J. Surg. 1972; 124: 634-636.**

160.- GUILLEROT, E., DAVY, A., "The technic of ambulatory phlebectomy". **Phlebologie. 1987; 40(4): 859-863.**

161.- BISHOP,C.C., JARRET, P.E., "Outpatient varicose vein surgery under local anesthesia". **Br. J. Surg. 1986; Oct. 73(10): 821-822.**

162.- MORGAN, M., PAUL, E., DEVLIN, H.B., "Lenght of stay for common surgical procedures: variation among districts". **Br. J. Surg. 1987; 74: 884-889.**

163.- AVERY JONES,F., "Lenght of stay in hospital". **Lancet 1964; 1: 321-322.**

164.- GRIFFITHS, M., WATERS, W.E., ACHESON,F.D., "Variation in hospital stay after inguinal herniorraphy". **Br. Med. J. 1979; 1: 787-789.**

165.- RUCKLEY,C.V., MACLEAN,M., SMITH, A..N., SMALL, W.P., FALCONER, C. W.A., "Team approach to early discharge and outpatient surgery". **Lancet 1971; 1: 177-180.**

166.- LATHI, P.T., "Early postoperative discharge of patients from the hospital". **Surgery 1968; 63: 410-415.**

167.- FERNOW, L.C., MC COLL, I., MACKIE, C., "Firm, patient, and process variables associated with lenght of stay in four diseases". **Br. Med. J. 1978; 1: 556-559.**

168.- CANNON, S. R., RALPHS, D. N. L., BOLTON, J. P., WOOD, J. J.,ALLAN, A., "Early discharge following hernia repair in unselected petients". **Br. J. Surg. 1982; 69: 112-113.**

169.- DORAN, F.S.A., WHITE, M., DRURY, H., "The scope and safety of short-stay surgery in the treatment of groin hernia and varicose veins". **Br. J. Surg 1972; 59: 333-339.**

170.- ILES, J.D.H., "Lenght of stay in hospital". **Lancet 1964; 1: 605.**

171.- HEASMAN, M. A., "How long in hospital?. A study in variation in duration of stay for two common surgical conditions". **Lancet 1964; 2: 539-541.**

ANTERIOR