



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA

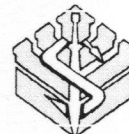


IMPACTO DEL ALTA TEMPRANA EN CIRUGÍA MAYOR CONSIDERANDO
LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA Y PREANESTÉSICA.
PERIODO MARZO 2021 – DICIEMBRE 2021

AUTOR: Marya J. Rosales R.

TUTOR: Yanira Molina

VALENCIA, MAYO 2022



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

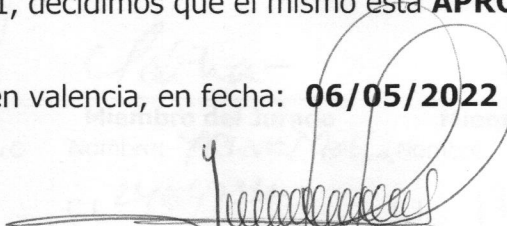
"IMPACTO DEL ALTA TEMPRANA EN CIRUGIA MAYOR CONSIDERANDO LA EVALUACION PREOPERATORIA Y PREANESTESICA PERIODO MARZO 2021 - DICIEMBRE 2021".

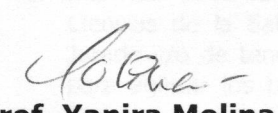
Presentado para optar al grado de **Especialista en Cirugía General** por el (la) aspirante:

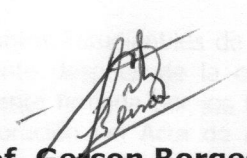
ROSALES R., MARYA J.
C.I. V – 24305411

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Yanira Molina C.I. 24647331, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **06/05/2022**


Prof. Yerardith Ascanio (Pdte)
C.I. 18252029
Fecha 06-05-22


Prof. Yanira Molina
C.I. 24647331
Fecha 06/05/22


Prof. Gerson Borges
C.I. 1775723
Fecha 06/05/22

TG:10-22

TG-CS: 10-22

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"IMPACTO DEL ALTA TEMPRANA EN CIRUGIA MAYOR CONSIDERANDO LA EVALUACION PREOPERATORIA Y PREANESTESICA PERIODO MARZO 2021 - DICIEMBRE 2021". Presentado por el (la) ciudadano (a): **ROSALES R., MARYA J.** titular de la cédula de identidad N° **V-24305411**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 02-05-22 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 06-05-22.

RESOLUCIÓN

Aprobado: ✓ Fecha: 06-05-22 *Reprobado: _____ Fecha: _____

Observación: _____

Presidente del Jurado

Nombre: Gerardo Ascano

C.I. 18-957029.

Miembro del Jurado

Nombre: Yahir Yael

C.I. 24697332

Miembro del Jurado

Nombre: Gerard Bages

C.I. 17175.723

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

INDICE

	Pág.
Introducción.....	5
Materiales y Métodos.....	12
Resultados	14
Discusión.....	18
Conclusión.....	21
Referencias Bibliográficas.....	23
Anexo A: (consentimiento informado).....	25
Anexo B:(ficha de registro).....	26



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA



**IMPACTO DEL ALTA TEMPRANA EN CIRUGÍA MAYOR CONSIDERANDO LA
 EVALUACIÓN PREOPERATORIA Y PREANESTÉSICA.
 PERIODO MARZO 2021 – DICIEMBRE 2021**

Autor: **Dra. Rosales Marya**
 Tutora: **Dra. Yanira Molina**

RESUMEN

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un modelo de atención en salud, específico para pacientes quirúrgicos, que en los últimos años ha alcanzado un importante desarrollo en gran parte del mundo desarrollado. Se han descrito múltiples ventajas asociadas a este modelo, entre otras está el que se logra una mejor programación y planificación de las tablas quirúrgicas, dado que se trata de cirugías que permiten una mejor utilización del pabellón. **Objetivo General:** Analizar el impacto del alta temprana en cirugía mayor ambulatoria considerando la evaluación preoperatoria y preanestésica en pacientes del servicio de cirugía general de la ciudad hospitalaria Enrique Tejera en el periodo marzo 2021 a diciembre 2021. **Metodología:** En esta investigación se realizó un estudio observacional – descriptivo, de corte transversal y prospectivo. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada conformada por 106 pacientes que cumplieron con los criterios establecidos. La información se recopiló mediante la observación directa, como instrumento se diseñó una ficha de registro y los resultados se presentaron en distribuciones de frecuencias. **Resultados:** La edad promedio registrada por los pacientes fue de 49,15 años $\pm$ 1,73, con una mediana de 48 años. Fueron más frecuentes aquellos pacientes 36 -55 años (35%); predominó el sexo femenino (70,8%); La patología o diagnóstico de los pacientes incluidos en el estudio más frecuente la Colelitiasis (14,2%), seguida de Histeroceles (grado III y IV) (13,2%). De los procedimientos quirúrgicos utilizados se pudo observar que el más utilizado fue la colecistectomía (14,2%). Un 95,3% de los casos no presentó ningún tipo de complicaciones, y de los 5 casos complicados todos presentaron infección del sitio quirúrgico (4,7%). Sólo un paciente necesitó de reingreso (0,94%). **Conclusión:** La progresiva incorporación de la CMA y el alta temprana, son estrategias con una alta potencialidad que puede convertirse en la alternativa principal para los pacientes quirúrgicos en el medio hospitalario público con el fin de minimizar complicaciones, reducir los tiempos de estancia y controlando el aumento de los costos en salud.

Palabras Clave: Impacto, Cirugía Mayor Ambulatoria, Alta temprana.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
IMPACT OF EARLY DISCHARGE ON MAJOR SURGERY CONSIDERING THE
PREOPERATIVE AND PREANESTHETIC EVALUATION PERIOD MARCH 2021
- DECEMBER 2021

Autor: **Dra. Rosales Marya**
 Tutora: **Dra. Yanira Molina**

ABSTRACT

Major Ambulatory Surgery (MAS) is a health care model, specifically for surgical patients, which in recent years has achieved significant development in much of the developed world. Multiple advantages associated with this model have been described, among others is that better programming and planning of the surgical tables is achieved, since these are surgeries that allow better use of the pavilion. General Objective: To analyze the impact of early discharge in major outpatient surgery considering the preoperative and preanesthetic evaluation in patients of the general surgery service of the Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, in the period March 2021 to December 2021. Methodology: In this investigation, a study was carried out observational – descriptive, cross-sectional and prospective. The sample was of a deliberate non-probabilistic type made up of 106 patients who met the established criteria. The information was collected through direct observation, as an instrument a record sheet was created and the results were presented in frequency distributions. Results: The average age recorded by the patients was 49.15 years $\pm$ 1.73, with a median of 48 years. Those patients between 36 and 55 years old (35%) were more frequent; the female sex predominated (70.8%); The most frequent pathology or diagnosis of the patients included in the study was acute cholelithiasis (14.2%), followed by hysterocoele (grade III and IV) (13.2%). Of the surgical procedures used, it was observed that the most used was cholecystectomy (14.2%). 95.3% of the cases did not present any type of complications, and of the 5 complicated cases, all presented infection of the surgical site (4.7%). Only one patient required readmission (0.94%). Conclusion: The progressive incorporation of MAS and early discharge are strategies with a high potential that can become the main alternative for surgical patients in the public hospital environment in order to minimize complications, reduce length of stay and control the increase in health costs.

Descriptors: Impact, Maximum Ambulatory Surgery

INTRODUCCIÓN

Los continuos cambios en la realidad epidemiológica y socioeconómica de la población venezolana han traído como consecuencia un aumento sostenido de la necesidad por resolver patología quirúrgica. Si las personas viven más, requieren de mejor acceso a servicios sanitarios y, en consecuencia, se operan más. Esta es una de las razones que explican el continuo aumento de los costos en atención de salud. Tanto en el sistema de salud público la oferta quirúrgica es limitada (pabellones, profesionales, camas), por lo tanto, constituye un desafío para las instituciones de salud públicas resolver esta mayor demanda de cirugía con calidad, seguridad y también con oportunidad¹.

Una consecuencia no deseada de la no satisfacción oportuna de la demanda quirúrgica en el Sistema Público es el sostenido aumento de pacientes integrando las llamadas Listas de Espera Quirúrgica, por lo que la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se ha convertido en una de las estrategias más costo-efectivas disponibles para la resolución de distintos tipos de cirugía¹. A nivel mundial, se considera que la Cirugía Mayor Ambulatoria, (CMA) es una rama de la cirugía, que se realiza en forma cotidiana, se puede abarcar un alto porcentaje de pacientes y enfermedades para su resolución quirúrgica. Las diferentes patologías en las unidades de CMA dependiente e independiente de unidades hospitalarias, han sido posibles debido a los avances de la anestesia, control del dolor postoperatorio, la cirugía de mínima invasión, así como los materiales protésicos². Otra definición de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) sería aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad, y en la que el paciente acude al hospital el mismo día de la intervención y tras ésta regresa a su domicilio²⁻³.

Existen reportes en relación a la CMA desde mediados del siglo XX, sin embargo, es desde principios de la década de los 90, que ésta ha experimentado un enorme crecimiento, gracias a la incorporación de la Cirugía Mínimamente Invasiva y a los avances en drogas y técnicas anestésicas, que permiten una rápida recuperación de las funciones cognitivas, facilitando así el proceso de recuperación³.

De esa forma se considera la modalidad de elección para la mayoría de la cirugía en países desarrollados, donde cerca del 80% de los procedimientos quirúrgicos son resueltos de esta manera, el porcentaje de cirugías realizadas en formas ambulatoria en diferentes países encontramos que Canadá 83%, mientras que EEUU también en un 83%, Dinamarca 79%, Australia 74%, Países Bajos 65% y España 58%.⁴

En tal sentido la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un modelo de atención en salud, específico para pacientes quirúrgicos, que en los últimos años ha alcanzado un importante desarrollo en gran parte del mundo desarrollado, donde cerca del 80% de toda la cirugía electiva se realiza de esta manera. En Latinoamérica y Chile este progreso ha sido más lento⁵. En términos generales consiste en que a determinados pacientes se les da de alta el mismo día de la cirugía y no necesitan de la cama hospitalaria para completar su proceso de recuperación. Los avances en cirugía mínimamente invasiva y técnicas anestésicas que permiten una rápida recuperación, han permitido que la ambulatorización o cirugía de día, sea considerada la alternativa de elección para muchos tipos de procedimientos⁵.

La colecistectomía es la cirugía mayor más frecuente realizada en un servicio de cirugía general y desde la introducción de la colecistectomía laparoscópica, se ha desarrollado como procedimiento ambulatorio. Sin embargo, muchos cirujanos prefieren la estancia de al menos 24 horas para vigilar posibles complicaciones asociadas al procedimiento⁵. Aunque un reporte de EEUU del año 2003 indica el tipo de cirugías ambulatorias Hemorroides 95%, Hernia Abdominal (84%), Fimosis (88%), Colecistectomía (57%), Adenoidecomía (55%)⁶.

Se han descrito múltiples ventajas asociadas a este modelo, entre otras está el que se logra una mejor programación y planificación de las tablas quirúrgicas, dado que se trata de cirugías que permiten una mejor utilización del pabellón⁷. La evidencia actual sugiere que los pacientes pueden retornar precozmente a sus actividades habituales y manifiestan preferencia para ser intervenidos de esta manera, porque les permite un menor tiempo de separación de su entorno habitual, lo que es muy beneficioso especialmente en grupos de pacientes pediátricos y ancianos⁸.

Uno de los argumentos que ha dificultado el iniciar programas de este tipo tiene que ver con los eventuales riesgos o complicaciones que podrían ocurrir al regresar los pacientes a su casa el mismo día de la cirugía. Existe numerosa evidencia que demuestra que, cuando la CMA se realiza de la manera apropiada, no existe diferencia entre ésta y Cirugía con Hospitalización respecto a la seguridad de los pacientes⁹. Ya en 1993 Warner demostró que realizar CMA no implica mayor riesgo que la cirugía con ingreso, encontrando incluso que en el grupo sometido a cirugía con alta en el día había menor morbilidad y complicaciones que en el grupo control, que se operaron de lo mismo, pero que sí ocuparon la cama del hospital⁹.

Es importante señalar que un paciente de cirugía ambulatoria, como parte del proceso de atención quirúrgico, debe ingresar a un programa específico, donde se le evalúa antes de la operación, se le educa en relación a su cirugía (incluyendo indicaciones preoperatorias) y a su postoperatorio en domicilio¹⁰. Esto permite una mejor adaptación a todo su perioperatorio y evita suspensiones y cancelaciones de procedimientos. Luego de operarse, y cuando cumple determinados criterios de recuperación, es dado de alta, pero continúa bajo vigilancia por el mismo equipo médico, realizándose un seguimiento postoperatorio a cargo de la misma Unidad, habitualmente vía telefónica¹⁰.

No todos los pacientes son candidatos a operarse en forma ambulatoria ni toda cirugía es posible de ser realizada bajo esta modalidad. Un adecuado programa de CMA debe incluir criterios de inclusión y exclusión, tomando en cuenta las características del lugar y la experiencia del equipo tratante¹¹. Una gran variedad de cirugías electivas pueden hacerse de manera ambulatoria y se pueden utilizar distintas técnicas quirúrgicas, anestésicas y analgésicas¹¹.

Cada servicio de cirugía general, deberá determinar cuáles cirugías podrán ser ambulatorizadas, considerando, minimizar el trauma quirúrgico, prefiriendo técnicas mínimamente invasivas. Algunos procedimientos quirúrgicos susceptibles de ser realizados en forma ambulatoria, entre ellas: Colecistectomía, Herniorrafia, Safenectomía,

Hemorroides, fístulas perianales, Orquiectomía, quistes testiculares, Orquidopexia, Fimosis, vasectomía, Litotripsia, Laparoscopia ginecológica diagnóstica, Ligadura Tubaria, Cirugía de Incontinencia, entre otras¹¹.

Si bien la incidencia de complicaciones relacionadas a la CMA es muy baja, existen otros indicadores clínicos que le son propios, como el Índice de Reingreso (se acepta hasta un 2%), que es el paciente que fue dado de alta y regresó posteriormente al hospital; o el Índice de Hospitalización, que se refiere al paciente que no pudo ser dado de alta a pesar de que estaba programado para ello (hasta un 6%). Existen otras complicaciones menores, como dolor, náusea y somnolencia que pueden retrasar el alta en este tipo de pacientes¹². Si se detecta aumento en estos indicadores, entonces debe revisarse el proceso de atención implementado¹².

A partir de la CMA, se reportan ahorro de costos para las instituciones que van desde un 25% hasta cerca de un 65% comparado con cirugía tradicional solamente por el hecho de no tener que utilizar la cama hospitalaria, pero se producen además una serie de otras economías de escala al optimizar el uso de los pabellones quirúrgicos y al re-destinar la cama a un uso alternativo¹³. Entre otras ventajas se pueden mencionar: menor tiempo de estadía hospitalaria, lo que permite a la institución poder programar más pacientes, reducir las listas de espera quirúrgicas y eventualmente ocupar las camas liberadas con los pacientes que, sí requieran ingreso, como puede ser cirugía de cáncer, protésica, urgencias etc¹⁴. De igual forma, al minimizar la estadía hospitalaria se estaría hablando del uso más eficiente de los pabellones, por las cirugías más cortas y porque cuando se implementan programas de CMA disminuyen las suspensiones y cancelaciones de casos. Deja de ocurrir la situación en que un paciente no se opera porque no tiene cama asignada previamente, situación común de observar en Instituciones con alta presión asistencial¹⁴.

Con respecto a la reducción de estadía hospitalaria, el alta temprana o precoz se presenta como una opción para los pacientes sometidos a CMA. Esta se define como un modelo de atención médico quirúrgica encaminado a disminuir los costos de la atención médica, mediante esfuerzos coordinados que permitan la reducción de la estancia hospitalaria de los

pacientes, sin que ocurra incremento de las complicaciones postoperatorias, garantizando la satisfacción de pacientes y sus familiares con el servicio prestado. Estos esfuerzos mencionados son el resultado de la combinación de tres aspectos básicos: 1) educación preoperatoria del paciente y familiares, 2) técnicas anestésicas, analgésicas y quirúrgicas que reduzcan la respuesta al estrés quirúrgico, el dolor y las molestias postoperatorias, 3) rehabilitación posoperatoria “agresiva”, que incluye la introducción precoz de la alimentación y la deambulaci3n. El t3rmino Cirug3a de Alta Precoz, tiene una relaci3n de igualdad o sinonimia con otros t3rminos, entre ellos: cirug3a de corta estad3a (o estancia), cirug3a de v3a r3pida, rehabilitaci3n multimodal perioperatoria, rehabilitaci3n acelerada perioperatoria.¹⁵

Al realizar la revisi3n de la literatura relacionada con la CMA vale la pena mencionar el estudio realizado por D3az, R. (2019)¹⁶ titulado Implementaci3n de un programa de cirug3a mayor en hospitales de segundo y tercer nivel del estado Agua Calientes de M3xico¹⁵, un estudio multic3ntrico prospectivo, transversal descriptivo, en cual se incluyeron 32 pacientes de cirug3as electivas, evaluados con aspectos prequirúrgicos, transquirúrgicos, posquirúrgicos para calificar la posibilidad del manejo ambulatorio, cuyo resultado fue de los 32 pacientes 81,3% fueron mujeres, el diagn3stico principal fue colecistitis Cr3nica liti3sica en un 93,8% de los casos, las principales molestias postoperatorias fueron nauseas con 31,3 % y v3mito con un 3,1%. El manejo ambulatorio fue exitoso en un 90,6% de los casos¹⁶.

Asimismo, se tiene un estudio realizado por Correa y Enrique (2019)²⁰ titulado Impacto de la cirug3a mayor ambulatoria en un Centro de Diagn3stico Integral Estado Sucre-Venezuela Cuyo objetivo fue describir el impacto de la cirug3a mayor ambulatoria en el Centro de Diagn3stico Integral Sim3n Bol3var Estado Sucre-Venezuela abril-julio de 2019. Fueron operados 279 pacientes, realizando 364 procedimientos; 147 pacientes fueron clasificados como ASA II y 132 como ASA I. La anestesia aplicada fue regional o local con sedaci3n en todos los casos, la salpingectom3a bilateral (38,5 %), la exc3resis de cualquier localizaci3n (18,1%) y la reparaci3n herniaria en cualquiera de sus variantes hernioplastia u herniorrafia (23,1%) fueron las t3cnicas m3s realizadas. La infecci3n de herida quirúrgica y el seroma

fueron complicaciones frecuentes²⁰. Concluyendo que se comprueba que la cirugía mayor ambulatoria es eficiente ante los principales problemas de salud de la población y representa un impacto satisfactorio²⁰.

Otro trabajo realizado por el Recart A. (2017)¹⁷ Titulado Cirugía Mayor Ambulatoria una nueva forma de atender la medicina quirúrgica, de la Universidad de desarrollo de Chile, se realizó estudio descriptivo longitudinal prospectivo, la selección se basó en la clasificación de la American Society of Anesthesiology, son candidatos los pacientes ASA I y II, con sus comorbilidades controladas y que no presenten descompensación¹⁷. Cuyos resultados fueron 45 pacientes, las cuales se practicaron procedimientos quirúrgicos de Herniorrafia en 30%, Colecistectomía 45%, Hemorroides, fístulas perianales 25%, la estadía oscilo entre 8 y 10 horas aproximadamente, observándose que no hubo ningún tipo de complicaciones antes y después de la intervención quirúrgica, disminuyendo el costo hospitalario en un 30%¹⁷.

Igualmente un estudio realizado por Soliva, R., (2013)¹⁸ titulado Satisfacción de los operados con un programa municipal de cirugía ambulatoria mayor, cuyo objetivo fue conocer el grado de satisfacción general y específica de los operados mediante cirugía ambulatoria mayor (CAM), de determinar la relación entre la satisfacción y variables sociodemográficas, y de precisar la influencia que sobre la primera puedan tener algunas facetas de la relación asistencial, la valoración de los usuarios sobre los servicios de salud y las características del método ambulatorio. Fue realizado policlínico de atención primaria y hospital municipal de segundo nivel de atención. El diseño fue un estudio transversal descriptivo cualitativo, mediante la aplicación de cuestionarios anónimos domiciliarios. Elaboraron un cuestionario, fue aplicado por personal entrenado a 83 pacientes, tras muestreo al azar simple a la población diaria. La mayoría de los operados aseguró estar muy (51.81%) o bastante (30.12%) satisfecha con el método, independientemente de su edad, sexo, procedencia, nivel educacional y ocupación¹⁸. Se constató relación estadística entre la satisfacción general y la ocurrencia de complicaciones postoperatorias, la posibilidad dada al paciente de elegir entre cirugía con o sin ingreso y la satisfacción específica con la atención médica recibida en el hospital y domiciliariamente. Se discuten

estos y otros resultados y se contrastan con las experiencias en otros ámbitos. Existe satisfacción con el programa de CMA, vinculado a la APS, aunque deben mejorarse algunos aspectos del mismo¹⁸.

Con respecto al alta temprana, Guerrero Machado y colaboradores (2021)¹⁹ publicaron un estudio histórico con la finalidad de describir la seguridad del alta en las primeras 12 horas del posoperatorio en mujeres sometidas a histerectomía por laparoscopia por patología benigna de útero. Entre los resultados más relevantes se tiene que durante el período de estudio se realizaron 860 histerectomías por laparoscopia, de estas, 67 (7,8%) cumplieron con los criterios de selección. Once pacientes (16,4%) reingresaron por el servicio de urgencias, de las cuales, siete (63,6%) acudieron por dolor, una (9%) por sangrado activo, una (9%) por fiebre, y dos (18%) por síntomas urinarios. Se presentaron seis (8,9%) complicaciones postoperatorias; cuatro pacientes (5,9%) requirieron hospitalización, estas últimas se clasificaron en el estadio IIb de Dindo. Los autores concluyen que el alta temprana surge como alternativa al cuidado hospitalario para este tipo de población.¹⁹

Por lo anteriormente planteado, sobre la relevancia del tema, y las implicaciones que tiene sobre la práctica quirúrgica en cualquier institución de salud, se evidencia la necesidad del desarrollo de políticas serias de salud y en atención a esta problemática, se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo General

Analizar el impacto del alta temprana en cirugía mayor ambulatoria considerando la evaluación preoperatoria y preanestésica en pacientes del servicio de cirugía general de la ciudad hospitalaria Enrique Tejera en el periodo marzo 2021 a diciembre 2021.

Objetivos Específicos

Clasificar a los pacientes sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria según sexo, edad, patología presentada y tipo cirugía.

Identificar los procedimientos quirúrgicos aplicados para la cirugía mayor ambulatoria.

Describir el Impacto del alta temprana en Cirugía Mayor Ambulatoria en los pacientes estudiados a partir del porcentaje de complicaciones y la necesidad de reingreso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de tipo observacional – descriptivo; con un diseño transversal y prospectivo. El estudio está centrado en verificar el alcance de la cirugía mayor ambulatoria y su combinación con alta temprana en pacientes intervenidos en una institución pública, como programas que pueden ofrecer alternativas sólidas para el tratamiento de diversas patologías con indicación quirúrgica, optimizando los recursos que puede disponer cualquier institución de salud de naturaleza pública.

La población estuvo representada por los pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria en el servicio de cirugía general de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera en el periodo comprendido entre marzo y diciembre 2021. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada y estuvo constituida 106 pacientes de ambos sexos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: paciente con edades comprendidas entre 18 y 70 años, sin antecedentes cardiovasculares o metabólicos descompensado, domicilio cercano, sometidos a cirugías mayor ambulatoria, sea electivas o de emergencia, con tolerancia a la vía oral en las primeras 6 horas, cuente con número de contacto y medios de transporte para cumplir con el alta temprana.

Una vez obtenida la permisología requerida por parte de la institución (Ver Anexo A) se procedió a recopilar la información, a partir de la técnica de la observación directa para la valoración intraoperatoria y postoperatoria inmediata del paciente por parte de la investigadora, así como en los primeros 7 días posteriores al alta. Para complementar cualquier información de interés se recurrió a la revisión documental de las historias clínicas como fuente de evidencia. Como instrumento se diseñó una ficha de registro (Ver Anexo B)

Una vez recolectada la información, fue vaciada en una tabla maestra diseñada a partir de Microsoft®Excel para realizar posteriormente el análisis de resultados, para lo que se utilizó las técnicas de la estadística descriptiva a partir de distribuciones de frecuencias (absolutas y relativas) según los objetivos establecidos. Todo se procesó a través del

paquete estadístico SPSS en su versión 18 (software libre). Finalmente, se presentaron las conclusiones y, las recomendaciones pertinentes.

RESULTADOS

Se incluyeron 106 pacientes que presentaron patologías que ameritaron Cirugía Mayor Ambulatoria atendidos en el servicio de cirugía general de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique tejera” en el periodo comprendido entre marzo 2021 a diciembre 2021

Tabla N° 1 Análisis de la Edad, sexo, tipo de patología de pacientes intervenidos con CMA

Edad (años)	f	%
15 - 35	26	25%
36 - 55	37	35%
56 - 75	33	31%
76 - 95	10	9%
$\bar{X} \pm Es$	49,15 años $\pm$ 1,73	
Sexo	f	%
Femenino	75	70,8
Masculino	31	29,2
$\bar{X} \pm Es$ Femenino	51,8 años $\pm$ 4,69	
$\bar{X} \pm Es$ masculino	42,5 años $\pm$ 6,82	
Tipo de Patología	f	%
Colelitiasis	15	14,2%
Histeroceles grado III y IV	14	13,2%
Miomatosis uterina	13	12,3%
Cólico biliar persistente	11	10,4%
Hernia inguinal bilateral	10	9,4%
Hernia umbilical	8	7,5%
Fistula arteriovenosa sangrante	6	5,7%
Varicocele grado III y IV	6	5,7%
Podopatía diabética warner IV	5	4,7%
Apendicitis aguda	3	2,8%
CA ductal de Mama	2	1,9%
Granuloma lóbulo oreja	2	1,9%
Síndrome icterico obstructivo	2	1,9%
Hematoma región inguinal derecha	2	1,9%
Hernia umbilical atascada	2	1,9%
CA Epidermoide de Pene y Pubis	2	1,9%
Abdomen agudo obstructivo: Sx adherencial	1	0,9%
Eventración abdominal	1	0,9%
Síndrome de meigs	1	0,9%
Tipo de Cirugía	f	%
Electiva	57	53,8
Emergencia	49	46,2
Total	106	100%

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rosales; 2021)

La edad promedio registrada por los pacientes fue de 49,15 años $\pm$ 1,73, con una mediana de 48 años, una edad mínima de 15 años, una edad máxima de 83 años y un coeficiente de variación de 35%. Siendo más frecuentes aquellos pacientes 36 -55 años con un 35% (37 casos) seguidos de aquellos con 56 y 75 años (31%= 33 casos). En cuanto al sexo, predominó el femenino con un 70,8% (75 casos), por encima del masculino (29,2%= 31 casos). El sexo femenino registró un promedio de 51,8 años $\pm$ 4,69 mientras que el masculino registró un promedio de 42,5 años $\pm$ 6,82, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t = 2,16$; $P = 0,0332 > 0,05$).

En cuanto a la patología o diagnóstico por los cuales los pacientes fueron incluidos en el estudio, se evidenció que, la colelitiasis fue la más frecuente con un 14,2% (15 casos), seguida de Histeroceles (grado III y IV) con un 13,2% (14 casos), en tercer lugar, se presentó la Miomatosis Uterina con un 12,3% (13 casos); en cuarto lugar, se presentó el cólico biliar persistente con un 10,4% (11 casos) y en quinto lugar, la Hernia inguinal bilateral (9,4%=10 casos). En relación al tipo de cirugía, se evidencio que del total de pacientes en estudio, fueron más frecuentes aquellos sometidos a cirugía electiva con un 53,8% (57 casos), mientras que un 46,2 % (49 casos) fueron cirugías de emergencia.

Tabla N° 2 Procedimiento quirúrgico en los pacientes sometidos a CMA y alta temprana

Procedimientos quirúrgicos	f	%
Colecistectomía (directa e indirecta)	15	14,2
Histerectomía vaginal	14	13,2
Histerectomía total - ooforosalingectomía	13	12,3
Colecistectomía laparoscópica	11	10,4
Hernioplastia inguinal bilateral	10	9,4
Herniorrafia umbilical	10	9,4
Cierre de fistula arteriovenosa	6	5,7
Varicocelelectomia bilateral	6	5,7
AP Supracondilea	5	4,7
Apendicetomía	3	2,8
Mastectomía radical tipo madden	2	1,9
Exéresis granuloma y toma de Biopsia	2	1,9
Laparotomía exploradora - colocación tubo de kehr	2	1,9
Drenaje de hematoma	2	1,9
Falectomia	2	1,9
Cura de eventración	1	0,9
Laparotomía exploradora: carcinomatosis peritoneal	1	0,9
Laparotomía exploradora (brida)	1	0,9
Total	106	100,0

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rosales; 2021)

En relación a los procedimientos quirúrgicos utilizados en pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria y alta temprana se pudo observar que el procedimiento más utilizado fue de colecistectomía 14,2% (21 casos), de las cuales fueron 18 indirectas y 3 directas; en segundo lugar, se ubica la Histerectomia vaginal con un 12,3% (13 casos); en tercer lugar, se presentó la Colecistectomía laparoscópica (10,4%= 11 casos); en cuarto lugar con la misma proporción de pacientes (9,4%= 10 casos) se presentan la Hernioplastia inguinal bilateral y Herniorrafia umbilical.

Tabla N° 3 Impacto del alta temprana en pacientes sometidos a CMA

Complicaciones	f	%
No Complicados	101	95,3
Complicados	5	4,7
Reingreso	f	%
Si	1	
No	105	100
Total	106	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rosales; 2021)

De los 106 pacientes sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria 101 casos no presento ningún tipo de complicaciones (95,3%), solamente 5 casos presentaron infección del sitio quirúrgico ISQ (4,7%). Sólo un paciente tuvo necesidad de reingreso (0,94%).

DISCUSIÓN

De 106 pacientes que acudieron al servicio de cirugía general de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique tejera en el periodo marzo 2021 a diciembre 2021, para ser sometido a cirugía mayor ambulatoria se evidencio La edad promedio registrada por los pacientes fue de 49,15 años $\pm$ 1,73, con una mediana de 48 años. Siendo más frecuentes aquellos pacientes 36 -55 años con un 35%, seguidos de aquellos con 56 y 75 años (31%). En cuanto al sexo, predominó el femenino con un 70,8% (75 casos), por encima del masculino (29,2%= 31 casos), lo que guarda relación con el estudio realizado por Díaz, R¹⁶. En cuyos resultados reportan el predominio del sexo femenino (81,3%).

En cuanto a la patología o diagnostico por los cuales los pacientes fueron incluidos en el estudio, se evidencio que, la Colelitiasis aguda fue la más frecuente con un 14,2% (15 casos), seguida de Histeroceles (grado III y IV) con un 13,2% (14 casos), en tercer lugar, se presentó la Miomatosis Uterina con un 12,3% (13 casos); en cuarto lugar, se presentó el cólico biliar persistente con un 10,4% (11 casos) y, en quinto lugar, la Hernia inguinal bilateral (9,4%=10 casos). Al respecto Diaz R¹⁶ refiere que el diagnóstico principal fue colelitiasis crónica litiásica (CCL) (93,8%).

En relación al tipo de cirugía, se evidenció que, del total de pacientes en estudio, fueron más frecuentes aquellos sometidos a cirugía electiva (53,8%), y un 46,2% fueron cirugías de emergencia. Lo reportado podría ser contradictorio según lo expuesto por Recart A¹⁷ quien expone que entre los criterios médicos para la elegibilidad del paciente sometido a CMA y alta temprana debe basarse en la clasificación de la American Society of Anesthesiology, siendo candidatos los pacientes ASA I y II, con sus comorbilidades controladas y que no presenten descompensación. Por el número de cirugías de emergencia fueron necesarias la evaluación en conjunto del cirujano y el anestesiólogo, quienes a partir de su criterio y experiencia decidieron cuales procedimientos eran candidatos a CMA de forma que no se haga necesaria la hospitalización.

En relación a los procedimientos quirúrgicos utilizados en pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria se pudo observar que el procedimiento más utilizado fue de colecistectomía 14,2%, de las cuales fueron 18 indirectas y 3 directas; en segundo lugar, se ubica la Histerectomía vaginal con un 12,3%; en tercer lugar, se presentó la Colecistectomía laparoscópica (10,4%); en cuarto lugar con la misma proporción de pacientes (9,4%) se presentan la Hernioplastia inguinal bilateral y Herniorrafia umbilical. En comparación con la publicación realizada, por Recart A¹⁷ quien menciona que, entre los procedimientos quirúrgicos, susceptibles de ser realizados en forma ambulatoria, en el área de cirugía lo encabezan la Colecistectomía y la Herniorrafia, tal como se menciona en el presente estudio. Asimismo, lo reportado en el presente estudio, fue distinto en comparación con lo reportado por Correa L. y Enrique A²⁰ donde fueron más frecuentes la salpingectomía bilateral (38,5%), la excéresis de cualquier localización (18,1%) y la reparación herniaria en cualquiera de sus variantes (hernioplastia u herniorrafia) (23,1%) fueron las técnicas más realizadas.

De los 106 pacientes sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria con alta temprana, se registraron entre 6 y 7 horas de estancia hospitalaria; un predominante 95,3% de los pacientes no presento ningún tipo de complicaciones (101 casos), solamente 5 casos presentaron infección del sitio quirúrgico (4,7%). En este sentido, el porcentaje de complicados del presente estudio (4,7%) guarda relación con lo expuesto por Correa L. y Enrique A²⁰ quienes reportaron 6,9% de complicaciones en relación al total de casos operados, siendo la más frecuente la infección de sitio quirúrgico (3,3%). Por su parte, el porcentaje de complicaciones reportado fue mucho menor a los reportado por Guerrero Machado y cols¹⁹ quienes reportan un 16,4% de reingresos por el servicio de urgencias en pacientes histerectomizadas, sin embargo, afirman que el alta temprana surge como alternativa al cuidado hospitalario para este tipo de población.

En cuanto a la necesidad de reingreso, sólo un paciente lo ameritó de los 5 con ISQ (0,94%). En este sentido Recart A¹⁷ enfatiza que, si bien la incidencia de complicaciones relacionadas a la CMA es muy baja, tal como lo reportado en el presente estudio, existen otros indicadores clínicos que le son propios, como el Índice de Reingresos (se acepta hasta

un 2%), y en el presente estudio representó menos del 1%. Los aspectos anteriormente mencionados demuestran el alcance positivo del alta temprana en los pacientes sometidos a CMA. En este sentido, Díaz R¹⁶ afirma que el manejo ambulatorio fue exitoso en el 90,6% de los casos de CMA, lo que refleja en una disminución de costos del establecimiento de salud.

CONCLUSIONES

El fin último de la Cirugía Mayor Ambulatoria es realizar un procedimiento quirúrgico con las mismas garantías de calidad y seguridad que en el enfermo hospitalizado. Para conseguir que este programa tenga éxito y se obtenga una calidad real en la asistencia, es necesario que los pacientes vuelvan a su domicilio libres de complicaciones, tanto anestésica como quirúrgica, cumpliendo así los requisitos básicos de seguridad, calidad y eficacia. Sin embargo, el éxito de este tipo de cirugías exige al anestesiólogo una recuperación excelente, minimizando al máximo los efectos secundarios. El paciente debe estar clínicamente estable desde el punto de vista médico legal al momento de su alta y ser capaz de permanecer en su domicilio bajo la supervisión y cuidado de un adulto responsable.

La experiencia a partir de la realización del presente estudio en los 106 pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera fue efectiva en un 95,3%, tomando en consideración que la frecuencia de complicaciones de un 4,70%. Un indicador alto para la puesta en práctica de este tipo de cirugía, de acuerdo a los casos presentados.

En la Cirugía Mayor Ambulatoria, desaparece la estancia hospitalaria preoperatoria y con ella la posibilidad de efectuar en ese momento la historia clínica y la exploración del paciente. La CMA junto el alta temprana, favorecen en conjunto la desaparición de la estancia postoperatoria hospitalaria y con ella el control postoperatorio (tratamiento del dolor, cuidados de la herida, detección de posibles complicaciones, etc.), que se realiza de forma totalmente distinta. Ambos cambios obligan a un enfoque distinto del estudio de estos contenidos en la enseñanza dentro del periodo de especialización. Al disminuir el tiempo de estancia hospitalaria, hay menor riesgo de infección; reducción de los costos de cada operación que puede superar el 30%; reducción de las listas de espera, al aumentar la actividad quirúrgica especialmente en aquellas patologías más comunes y una pronta reincorporación del paciente a la actividad normal.

La progresiva incorporación de la CMA y el alta temprana, además de la creciente necesidad de controlar el aumento de los costos en salud hacen atractiva esta estrategia que puede convertirse en la alternativa principal para los pacientes quirúrgicos en el medio hospitalario público, por lo que la tarea a futuro será la necesidad de explicar con buena evidencia las razones de hospitalización de un determinado paciente luego de su cirugía, en vez de ser dado de alta en el día.

RECOMENDACIONES

Se recomienda el uso e implementación de este tipo de cirugía junto con el alta temprana, debido a que este modelo de atención pasa por encontrar y alinear incentivos adecuados a todos los involucrados, sobre todo para el paciente, quien es el principal beneficiado. El implementar CMA junto con el alta temprano en el medio hospitalario público, representa no solo un desafío, sino que es una necesidad absoluta para el personal de salud, las instituciones y el sistema de salud pública en conjunto. Esta es una de las maneras más evidentes de agregar valor a la atención de salud. La evaluación preoperatoria es la que permite identificar qué pacientes y qué cirugías son adecuados para CMA, como también determinar y reducir los factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Sanidad y Consumo España. Manual Unidad de Cirugía Máxima Ambulatoria, Estándares y recomendaciones. 2008. Visitado 15-01- 2021. Disponible en www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf
2. Magdaleno M., Puente de la Garza J., Medina L., Ruiz R. Asociación Mexicana de Cirugía General Guía de Práctica Clínica Cirugía Máxima Ambulatoria México 2014.
3. Aquiles B et al.: Cirugía mayor Ambulatoria en el Hospital Santiago Oriente. Experiencia de tres años. Revista de Obstetricia Ginecología. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2012. - 3: Vol. 7-137-147.
4. Porter M, Kaplan R.: How to Solve the Cost Crisis in Health Care. Harv Bus Rev Sep; 89(9):46-56.
5. Patillo J et al.: Colectectomía laparoscópica ambulatoria: una experiencia factible en hospital público chileno /Revista Médica de Chile.2004. - Vol. 132 - p. 429-436.
6. America Leads the Way In Outpatient Procedures FASA: Visitado 15-01- 2021 disponible en: <http://www.ascassociation.org/docs/americleadstheway>.
7. G.P. Joshi. Efficiency in ambulatory surgery center. Current Opinion in Anaesthesiology, 21 (2008), pp. 695-698 visitado 18-01-2021 disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/ACO.0b013e328311d1b2/> Medline
8. Castoro C. Policy Brief Day Surgery: Making it Happen. IASS, 2007, Visitado 18-01-2021 Disponible en: www.euro.who.int/document/e90295.
9. González, A. La Cirugía Ambulatoria y los Avances Tecnológicos. Revista Centro Médico IMBANA-CO. Colombia 1.995.
10. Estevez, M. y Col. Cirugía Ambulatoria en una Unidad Autónoma integrada en un Hospital. Desarrollo y Evaluación. Cirugía Española. Vol 59. Nº 3. 1.996.
11. Reyes Pérez A. D. Cirugía Mayor Ambulatoria y de Corta Estadía Revista Habanera de Ciencias Médicas – 2015; 14(3): 373-375.
12. Rodríguez R, Del Río J, Cordero C, Bermúdez A. Cirugía mayor ambulatoria en la provincia de Ciego de Ávila: años 1986 a 1988. Rev Cub Cir 1992; 31(2):116-123.
13. Arribas del Amo D, Jiménez A, Escartín A, Lagunas E, Núñez E, González G. Cirugía ambulatoria en pacientes mayores de 65 años: nuestra experiencia. M Rev Esp Ger Gerontol 1999; 34(2):73-77.

14. U.S. Department of Health & Human Services. Centers for Medical & Medicaid Services. "Certification & Compliance. Ambulatory Surgery Centers". http://www.cms.hhs.gov/CertificationandCompliance/02_ASCs.asp
15. González S, Cortiza G, Cabrera CA, Quintero Z, Ramos W, Díaz M. Guía de Práctica Clínica de Alta Precoz en Cirugía Pediátrica. Revista Cubana de Pediatría. 2020;92(3):e1010 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubped/cup-2020/cup203q.pdf>
16. Díaz Martínez, R. Experiencia inicial de la implementación de un programa de cirugía mayor ambulatoria en hospitales de segundo y tercer nivel de atención del sistema de salud del Estado de Aguascalientes 2019. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11317/1696>
17. Recart A., Cirugía Mayor Ambulatoria, Una Nueva Forma de Entender la Medicina Quirúrgica, Revista Médica Clínica La Conde -2017;28(5) 682-690.
18. Soliva, R., Amaro, E., y Portuando, I., (2013) Satisfacción de los operados con un programa municipal de cirugía ambulatoria mayor <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61918>
19. Guerrero-Machado M., Pascuas J. Miranda A; Castro-Cuenca C, Rodríguez H. Seguridad del alta temprana en pacientes con histerectomía laparoscópica en una institución de alto nivel de complejidad en Bogotá, Colombia, 2013 - 2019. Cohorte histórica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 72 No. 1 •Enero-Marzo 2021: 24-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v72n1/2463-0225-rcog-72-01-24.pdf>
20. Correa, L. y Enrique, A. (2019) Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en un Centro de Diagnóstico Integral Estado Sucre-Venezuela. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87963>



ANEXO A

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondida de forma satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

_____ Fecha: _____

Firma del paciente

Testigo 1: _____ Fecha: _____

Testigo 2: _____ Fecha: _____

He explicado al Sr (a) _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar la investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha: _____

ANEXO C

FICHA DE REGISTRO

N° de Historia		Fecha	
Edad		Sexo	Femenino
			Masculino
Patología Presentado			
Tipo de Técnica quirúrgica			
Horas de Hospitalización		Inicio de vía oral (hs)	
		Presencia de efectos adversos	Si
			Tipo
			No
Complicaciones en los primeros 7 días	Presente	Tipo de complicación	
	Ausente		
Reingreso	Si	Observaciones:	
	No		

Fuente: Rosales, M. 2021