

Hospital Oncológico «Conrado Benítez» (Santiago de Cuba)

Cirugía ambulatoria en el Servicio de Cirugía General Oncológica

Dra. Maria Cristina Infante Carbonell¹ y Dr. Rolando Rodríguez García²

RESUMEN

Se hizo un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo que incluyó a los pacientes que podían tratarse mediante cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía hospitalaria, con el fin de determinar los beneficios de este método, nunca antes aplicados en nuestra provincia en este tipo de institución de salud. Predominaron las afecciones ginecológicas, entre ellas la conización de cuello uterino. Utilizamos anestesia local, espinal general endovenosa, general endotraqueal y combinada (acupuntura e hipnosis). Las enfermedades asociadas no constituyeron limitaciones en la muestra que escogimos y se encontró un mínimo de complicaciones posquirúrgicas. Las evidentes ventajas económicas (el ahorro de camas hospitalarias y la disminución del coste hospitalario), así como un elevado grado de satisfacción de los operados y sus familiares, valida la utilización de este método, ya no tan novedoso, y justifica también que se recomiende incrementar la aplicación del procedimiento y que se extienda al mayor número posible de afecciones quirúrgicas.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria, cirugía oncológica.

La cirugía como especialidad es muy antigua, y su realización de forma ambulatoria surge como consecuencia de la necesidad del ser humano de operar a sus semejantes de alguna manera, y la solución era esta: ambulatoria. O sea, se conoce y se practica mucho antes de que surgieran los hospitales como instituciones sanitarias oficiales. Con el desarrollo de la medicina, fueron creadas instalaciones que brindarían una asistencia médica de mayor calidad. Comenzó todo esto en los Estados Unidos, en el año 1961, en el Hospital Grand Rapids, en Michigan.¹ Se fueron modificando criterios en cuanto a la forma de realización y ya en 1976 se practicaban con toda la seguridad que brindan los servicios quirúrgicos en la actualidad.² Primeramente el alta se daba en la recuperación inmediata,³ luego a las 6 y 12 horas de la intervención,⁴ hasta que el paciente luego de su recuperación puede ser dado de alta según criterio de su cirujano (Goderich Galan JM. Doctor en Ciencias Médicas. [Comunicación personal] 2005).⁵⁻⁷ Ello ocurre siempre antes de las 24 horas para que sea ambulatoria la cirugía y a las 24 horas para que sea de corta estadía.⁶

Para que la cirugía se considere ambulatoria es requisito dar el alta a todos los pacientes antes de las 24 horas después de la intervención.^{8,9} Cuando el paciente requiere hospitalización hasta el otro día, la cirugía se considera de estadía corta.¹⁰ Estos pacientes son previamente escogidos, valorados por el anestesista y tras la intervención se dan de alta, en su mayoría, a las 6 horas, con lo cual se evitan las complicaciones inherentes al paciente hospitalizado.^{11,12}

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 573 pacientes intervenidos quirúrgicamente por el método de cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en el Hospital Oncológico de Santiago de Cuba, durante un período de 2 años (2002 a 2004). El método no se permitía en este tipo de institución por las características del paciente oncológico. La anestesia fue valorada de acuerdo al tipo de intervención y el estado físico de cada paciente en: local y sedación, general endovenosa, endotraqueal, así como mediante acupuntura e hipnosis. Los datos primarios fueron recogidos en una planilla elaborada al efecto, que incluye además las posibles complicaciones hasta el tercer mes tras la operación.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes según tipo de intervención quirúrgica. Las afecciones más fueron de origen ginecológico: conizaciones de cuello uterino, el nódulo de mama y la biopsia endometrial, realizadas como parte del programa de cáncer cervicouterino y de mama que apoya el hospital. La tabla 2 muestra la distribución de los pacientes según el tipo de anestesia empleada en la operación. La anestesia más utilizada en nuestra muestra es la general endovenosa (290; 53 %).

Tabla 1. Pacientes operados según intervención quirúrgica

Enfermedades	N.o	%
Conización de cervix	126	21,98
Nódulo de mama	193	33,68
Biopsia endometrial	148	25,8
Histerectomía total	86	15,0
Ginecomastia	10	1,7
Hernias incisionales	4	0,6
Hernia umbilical	6	1,0
Total	573	100

Tabla 2. Pacientes operados según tipo de anestesia

Tipo de anestesia	N.o	%
Local y sedación	135	23
Espinal	78	13
Analgesia hipnótica y acupuntural	62	9
General endovenosa	290	53
General endotraqueal	8	1,3
Total	573	100

Las enfermedades asociadas fueron cardiovasculares (83; 14,3 % del total de 193);

respiratorias (16; 2,75 %) y otras (94; 16,2 %). Tras las intervenciones se presentó un total de 29 complicaciones: 18 seromas (64,3 %), 5 granulomas (17,8 %), 2 sangrados (6,8 %), 2 sepsis de la herida (6,8 %), 1 retención urinaria (3,6 %) y 1 hematoma (3,6 %).

DISCUSIÓN

Fueron incluidos 573 pacientes entre quienes predominaba el sexo femenino (562). Las patologías ginecológicas fueron las predominantes en la serie estudiada.

Todas las operaciones de nódulo de mama, conizaciones de cervix y las biopsias endometriales evolucionaron sin ningún tipo de complicación y se fueron ese mismo día de la intervención para sus hogares. En cuanto a las histerectomías fueron dadas de alta antes de las 24 horas sin ninguna dificultad.

Queremos resaltar la cirugía con analgesia hipnótica o con anestesia acupuntural, que siempre ha sido satisfactoria y disminuye el coste hospitalario considerablemente por el no uso de agentes químicos o el uso en pequeñas dosis, en ocasiones se ha visto afectada por la obligada preparación que ello requiere en tiempo, en cuanto a la consulta con el hipnólogo días antes, y en el quirófano el día de la operación.⁸

La anestesia más utilizada en nuestra muestra es la general endovenosa, por la fácil recuperación que la caracteriza. Le siguió en frecuencia la anestesia local y sedación, que se combinó con la hipnosis y la acupuntura en las conizaciones de cuello y nódulos de mama.^{9,10}

En las primeras 6 horas del período posoperatorio pudieron deambular 496 operados, en la mayoría de los cuales no se había utilizado anestesia espinal ni endotraqueal y todos los pacientes se recuperaron antes de las 24 horas.

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de intervenir con combinación de acupuntura e hipnosis y anestesia local, lo cual es aceptado por la mayoría de los pacientes en aras de un menor riesgo.¹¹ Ciento noventa y tres de los pacientes de nuestra muestra presentaban enfermedades asociadas, entre las cuales predominó la hipertensión arterial. Las complicaciones operatorias fueron mínimas y entre ellas la más frecuente fue el seroma de la herida.¹²

Los beneficios económicos de la cirugía ambulatoria son bien reconocidos y altamente favorables para toda institución médica, por esa razón debemos perfeccionarla constantemente y fomentar su uso. La reducción de los costes hospitalarios se consigue, entre otras formas, mediante el uso de la cirugía mayor ambulatoria. La totalidad de los pacientes y familiares se mostraron conformes con el método.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davis JE. Cirugía mayor ambulatoria. Clin Quir Nort Am. 1998; 2: 585-6. [[Links](#)]
2. Damhuis RAM, Meurs CJC. Hospital volume and post-operative morbidity Eur J Surg. 2003; 28: 261-264. [[Links](#)]
3. Sec RA. Efficacy and cost of ambulatory Surgery. Eur J Surg. 2003; 20: 40 .82. [[Links](#)]
4. Cohen DB, Dillon J. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. Clin Quir Nort Am. 1999; 2(11):687-9. [[Links](#)]

5. Collado O. Cirugía mayor ambulatoria en 276 casos. Rev Cubana Cir. 1992; 2(6):22-4.
[[Links](#)]
6. Cabrera MR. Cirugía mayor ambulatoria. Estado de satisfacción. Rev Cubana Med Gen Integral. 1991; 7(3):248-50. [[Links](#)]
7. Romero C. Cirugía mayor ambulatoria. Rev Cubana Cir. 1999; 20. (3): 12-4. [[Links](#)]
8. Broll R, Erdmann M. Comparison of 1 day and 3 day in General Surgery. Eur J Surg. 2003. 1-12-23. [[Links](#)]
9. Bacci G, Ferrari S. A comparison of methods combined in surgery. Eur J Surg. 2003;4:28-20. [[Links](#)]
10. Rapado A. Un nuevo método que es antiguo. Medicina y humanidades. 2003; LXII(1.433):17-23. [[Links](#)]
11. Danielsen A. Mayor complication in surgery. Clin Quirug. 2002. 19. 258-53. [[Links](#)]
12. Diccionario Terminológico de ciencias medicas. t2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1984. p. 106. [[Links](#)]

Recibido: 15 de mayo de 2006. Aprobado: 26 de junio de 2006.