

UNAM
Facultad de Medicina 1207



SECRETARIA DE SALUD

**DIVISION DE CIRUGIA
HOSPITAL JUAREZ S. S.
DIRECCION DE INVESTIGACION Y
ENSEÑANZA
U. N. A. M.**

103
2ej.

**UNIDAD DE CIRUGIA DE
ESTANCIA BREVE
EN EL
HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

P R E S E N T A

DR. ROSALIO VELAZQUEZ FLORES

**DIRECTOR DE TESIS
DR. JUAN GIRON MARQUEZ
DR. CARLOS ARCADIO ROJAS ENRIQUEZ**



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN 1992**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

A.-	INTRODUCCION.....	1
B.-	OBJETIVOS.....	5
C.-	HIPOTESIS.....	6
D.-	DEFINICION Y CONCEPTO DE LA CIRUGIA MAYOR EN- EL PACIENTE AMBULATORIO.....	7
E.-	ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE.....	14
F.-	MATERIAL Y METODOS.....	41
G.-	RESULTADOS.....	42
H.-	DISCUSION.....	72
I.-	CONCLUSIONES.....	77
J.-	COMENTARIOS.....	79
K.-	BIBLIOGRAFIA.....	80

I N T R O D U C C I O N

En la evolución de la humanidad, la práctica de la cirugía es -- una de las más antiguas, utilizada como un recurso valioso para la atención de afecciones que aquejan al hombre, efectuándose -- ésta, aún antes de que aparecieran las Unidades más rústicas -- para éste noble fin .

- Al establecerse las primeras instalaciones para la atención de enfermos que fueron predecesoras de los actuales -- hospitales, y practicarse en ellas los primeros procedimientos -- quirúrgicos; los enfermos intervenidos eran enviados a sus hoga -- res para su recuperación posoperatoria, y solo permanecían hos -- pitalizados los menesterosos y soldados .

Es así como nace la cirugía en el paciente ambulatorio, que -- también ha recibido el nombre de Cirugía de Estancia Breve, Ci -- rugía de Día, Cirugía de Entrada y Salida, Cirugía del Paciente Externo, etcétera .

Este tipo de Asistencia Quirúrgica es el más antiguo del que se tiene noticia .

Al paso del tiempo y mejorarse la tecnología con el advenimien -- to de la asepsia y antisepsia, de las técnicas en anestesia, de la implementación adecuada de los sistemas de salud y la forma -- ción de hospitales, éste tipo de cirugía mejoró notablemente y -- aumentó en su complejidad .

- En 1909, se realiza en el Hospital Infantil Royal Glasgow, Inglaterra un estudio sobre asistencia quirúrgica en -- pacientes ambulatorios, en el que se informó que los resultados para algunos procedimientos operatorios eran igualmente satisfactorios que los obtenidos en pacientes hospitalizados .

En la década de los sesenta, se marca el inicio de la era moderna para la Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio y durante - los últimos veinte años se ha desarrollado un notable crecimiento; Su difusión y excelencia han desplazado a una cantidad importante de procedimientos quirúrgicos que solo eran efectuados en grandes Centros de Asistencia Médica .

- Actualmente éste tipo de atención quirúrgica para el paciente ambulatorio se realiza en diversos medios, los cuales se encuentran clasificados según su sistema de administración, ya sea bajo el control de un hospital o bien en forma Independiente, esto es, que se administran sin relación alguna - con otra Institución de Salud .(6).

En los Estados Unidos de Norteamérica, se calcula que entre el 40 al 45% de los veinte millones aproximadamente de intervenciones quirúrgicas que se realizan al año, se efectúan sin necesidad de hospitalizar al enfermo .

A raíz de la crisis económica, se ha obligado a buscar alternativas para mejorar los programas de salud con mayor eficacia y un menor costo, así como aumentar la cobertura de la población atendida .

Con la apertura del Centro Quirúrgico en Phoenix, Arizona desde 1970, la Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio se ha convertido en el prototipo para modernizar la atención médica y reducir los costos, ya sea proporcionada en un Hospital o bien en una Unidad Quirúrgica Independiente (6,8,13) .

- Las ventajas obtenidas por éste tipo de asistencia se manifiestan por una atención más individualizada del paciente, alterar en grado mínimo su modo de vida, atenuar el estado de ansiedad, menor incapacidad y pronto retorno al trabajo, así como un riesgo bajo de infecciones (2,8,14) .

En 1976, el Dr.Vélez Gil del Servicio de Cirugía del Hospital - de la Universidad del Valle de Cáucali, Colombia, fué el primero en establecer un sistema de Cirugía Ambulatoria al que le denominó simplificada y propuso una clasificación de 4 tipos, logró con esto, disminuir la saturación de quirófanos, tener mayor disponibilidad de camas y aprovechar mejor los recursos.(34).

- En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1976, emitió un folleto en donde se daba la normatividad de Cirugía Ambulatoria y los procedimientos que se realizarían en ese programa; sin embargo no se implantó como sistema y apenas en 1982 toma auge en Monterrey, N.L y Guadalajara, Jal. logrando realizar como Cirugía Ambulatoria o de Corta Estancia el 40% de todos los procedimientos quirúrgicos efectuados en estos hospitales.(34).

En el Hospital del Niño, D.I.F , desde 1963, existe el antecedente de realizar Cirugía de Corta Estancia en el paciente pediátrico, con excelentes resultados (34).

El I.S.S.S.T.E construye en 1982 la primera Unidad Autónoma de Cirugía Ambulatoria, puesta en funcionamiento a partir de Junio de 1985, reportandose a un año de trabajo, 3,434 intervenciones quirúrgicas realizadas con gran éxito, mucha satisfacción del - derechohabiente, morbilidad general de 0.9% y mortalidad de 0.

- En la medicina privada, el Hospital Metropolitano cuenta con una Unidad con Base Hospitalaria de Cirugía ambulatoria; las anteriores reportan baja morbilidad principalmente en infecciones y sin mortalidad.

La Secretaría de Salud, a través del Hospital Juárez del Centro ha constituido desde 1988, una Unidad de Cirugía de Estancia -- Breve, en donde se realizan procedimientos quirúrgicos de Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio principalmente; sin embargo el Hospital tiene características suigeneris en su atención- que permiten realizar intervenciones quirúrgicas que no corresponden a la Cirugía de Estancia Breve, como aquellas que requie ren resolución urgente, aunque en el sentido estricto, como es bien sabido, una Unidad de Cirugía de Corta Estancia, no debe - de incluir éste tipo de atención.

- La presente comunicación se basa en el trabajo rea lizado en la Unidad de Cirugía de Estancia Breve, en un lapso - de tiempo comprendido de Mayo de 1988 a Diciembre de 1991 (21).

O B J E T I V O S

- A.- Definición y conceptos de Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio.
- B.- Describir la Organización y Funcionamiento de la Unidad de Cirugía de Estancia Breve del Hospital Juárez del Centro .
- C.- Mostrar la Frecuencia y Tipos de procedimientos quirúrgicos realizados en la Unidad, así como la Cifra Quirúrgica-Global lograda.
- D.- Mencionar las Modalidades de Asistencia incorporadas a la Unidad Quirúrgica.
- E.- Sensibilizar y motivar a la comunidad quirúrgica e investigar acerca de éste tipo de Atención Médica, así como --- capacitar recursos humanos para el mismo.
- F.- Niveles alcanzados a escala mundial, de la Cirugía Mayor - en el Paciente Ambulatorio.
- G.- Ampliar el acervo de la Literatura Nacional sobre el tema.

H I P O T E S I S

" Demostrar que con los elementos de organización y funcionamiento estructural con los que cuenta la Unidad de Cirugía de Estancia Breve en el -- Hospital Juárez del Centro se realizen procedimientos de Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio " .

DEFINICION Y CONCEPTO DE LA CIRUGIA MAYOR
EN EL PACIENTE AMBULATORIO

ANTECEDENTES

En el año 3000 antes de cristo, en Egipto aparecen los primeros procedimientos quirúrgicos de estancia breve (48 intervenciones) en jeroglíficos, así como en el papiro de Edwin Smith.

- En el siglo XVIII, en París surge la primera organización reconocida a nivel mundial como prestadora de servicios ambulatorios para los pobres; posteriormente en Londres se proporcionan éstos como ayuda a los indigentes.

En los Estados Unidos de Norteamérica durante el siglo XVIII, se organizaron los primeros dispensarios para otorgar estos servicios y el primer reporte de Cirugía de Estancia Breve es del Dr. Crawford Long en Julio de 1842.

El Dr. Nicholl del Hospital Glasgow de Inglaterra en 1909, presentó un informe de 7,320 cirugías de corta estancia en niños, las cuales fueron efectuadas con éxito.

- En 1938 Herds Feld reportó 100 plastías inguinales en niños; Izant publica que las infecciones hospitalarias alcanzan un 17% en pacientes con internamiento prolongado y que éstas se reducen hasta en un 70% en la Cirugía Ambulatoria. El Dr. Cloud del Centro Quirúrgico de Phoenix, Arizona, presenta que el gasto promedio entre una cirugía con hospitalización, comparada con una de estancia breve, disminuye el costo hasta en un 40% en ésta última.

TIPOS DE UNIDADES

Actualmente ésta forma de asistencia se realiza por diferentes medios; por la importancia que tiene el financiamiento de los recursos, la mejor forma de clasificarlos es según su sistema de administración, ya sea bajo el control de un Hospital o bien en forma Independiente (8,17).

Existen cuatro tipos de unidades :

UNIDAD INTEGRADA CONTROLADA POR HOSPITAL

Consiste en una área designada dentro del propio edificio, en la que ingresan enfermos para ser sometidos a Cirugía de Corta-Estancia, y de la cuál se les dá de alta. La evaluación y preparación preoperatoria, así como la atención después de recuperación, se realizan en ese sitio.

Se emplean los quirófanos y salas de recuperación del Hospital, igual que para los enfermos internados en él; en ella los cirujanos tienen mayor flexibilidad, debido a que se les permite realizar operaciones más variadas y a menudo extensas sin poner en riesgo al paciente(8,17).

- En caso de complicaciones, se encuentran accesibles todos los recursos del Hospital para reanimación, interconsultas y otros servicios por lo que existe menor riesgo en cuanto a demandas médico-legales por estos problemas(17,19).

Tienen la desventaja de demora inesperada en las operaciones o aún cancelaciones, cuando se presenten situaciones de emergencia o cirugía prolongada en el paciente previamente internado. Lo anterior crea una atmósfera de ansiedad pues el enfermo se siente subestimado dentro del área hospitalaria (8,17).

UNIDAD AUTONOMA CONTROLADA POR HOSPITAL:

Es un centro totalmente autosuficiente que proporciona atención preoperatoria, transoperatoria, de recuperación y posoperatoria la Unidad se localiza dentro del edificio del hospital o en sus terrenos, pero opera de manera totalmente independiente de --- otros departamentos del mismo.

Los beneficios que aportan incluyen menores costos, seguridad - en sus instalaciones, adecuadas y competentes, con personal altamente calificado exclusivamente dedicado al paciente ambulatorio (8,13) .

UNIDAD SATELITE DEL HOSPITAL

Es una Unidad patrocinada y administrada por el hospital pero - en una localización diferente (lejos de éste).

La ventaja más objetiva es el alejamiento del paciente quirúrgico de un complejo hospitalario, congestionado y bullicioso que - aumenta la ansiedad del mismo; los costos son similares a la -- Unidad Autónoma Controlada.

Tiene la desventaja de que algunos ciudadanos aunque beneficiados por los servicios que proporciona la Unidad, interpreten -- erróneamente, el destino de las utilidades monetarias generadas por el Centro Quirúrgico (8,13) .

UNIDAD INDEPENDIENTE

Está físicamente separada de otras instalaciones hospitalarias - sin nexo geográfico ni administrativo.

Tiene las mismas ventajas que la Unidad Autónoma Controlada por hospital, existe ahorro considerable en costo por operación ya que recibe atención segura, adecuada y competente en una instalación planeada y construída para éste tipo de cirugía; por lo tanto, no se le carga el empleo de grandes quirófanos y salas de recuperación refinadas, porque no se les requiere y en segundo lugar los gastos administrativos se simplifican.

- La Unidad es más cómoda creando una atmósfera más agradable, el cirujano tiene más control sobre sus enfermos. La deficiencia en el equipo y personal de reanimación comparada con un hospital pone en desventaja a los pacientes, sin embargo la población conoce los excelentes resultados que se obtienen en éstas Unidades y la gran cantidad de intervenciones que se han efectuado en ellas.

Todos estos centros deben de contar con recursos para atender cualquier complicación; también se toman medidas para asistencia cardiológica, reanimación cardiopulmonar y más aún lograr un traslado rápido a un hospital si fuera recomendable.

CLASIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Existen cinco grupos de intensidad de procedimientos :

- Clase I : Menores
- Clase II : Intermedios
- Clase III: Mayores

Los dos grupos restantes son límites entre éstos tres principales .(17); en subclase A y subclase B .

En el I.S.S.S.T.E. la cirugía ambulatoria, se clasifica en :

- TIPO I :Cirugía de consultorio o menor.
- TIPO II : Cirugía Ambulatoria Clásica.
- TIPO III: Cirugía mayor, subdividida en;
 - a) De Corta Estancia, y
 - b) Con acortamiento de días de hospital.
- TIPO IV : La que se refiere a la cirugía mayor de -- alto grado de complejidad o de tercer nivel

La Cirugía Ambulatoria tipo I o Cirugía Menor puede ser efectuada en consultorio con anestesia local, instrumental sencillo y no requiere de quirófano, ni hospitalización, por ejemplo: biopsia de órganos,excisión y biopsia, fulguraciones,excresis ungueales, etcétera.

La Cirugía tipo II o clásica, se caracteriza porque debe de ser realizada por especialista, son electivas, se requiere de anestesia general o regional, necesita quirófano, pero no necesita la hospitalización, debe de ingresar por la mañana y ser dado de alta por la tarde, por ejemplo; Amigdalectomía, septoplastia reparación de hernia, salpingoclasia.

La tipo III inciso a: Se refiere a la corta estancia: esto quiere decir, cirugías que requieren de 24 horas de observación, pueden ser procedimientos de urgencia o electivos, deben de ser --

realizados por especialistas con anestesia general o regional - dentro de un quirófano, también se refiere a algunos procedi -- mientos quirúrgicos del tipo II, que se realizan en el turno -- vespertino o nocturno que requieran de una hora apropiada para ser dado de alta (esperar por la mañana) u observarlos por --- tener una patología agregada como por ejemplo; Hipertensión Arterial Sistémica, o Diabetes Mellitus.

La Cirugía tipo III inciso b) con acortamiento en los días de - hospitalización se refiere a la Cirugía Mayor que se realiza -- por especialista con Anestesia General y que permanece interna- do de acuerdo a su recuperación de 3 a 8 días.

- En estos procedimientos se deberá de disminuir el promedio de días de estancia para cada intervención quirúrgica- de acuerdo a la recuperación del enfermo por ejemplo; colecis-- tectomías, histerectomía abdominal, operación cesárea, apendi - cectomías, tiroidectomía, prostatectomía, pielolitotomía, mas-- tectomía radical, etcétera.

Los procedimientos tipo IV Cirugía Mayor de alto grado de com-- plejidad (tercer nivel) son aquellos que requieren de un ciruja no altamente especializado, equipo e instrumental moderno, lar- ga hospitalización, terapia intensiva pre y posoperatoria y -- como resultado muy costosa, por ejemplo; reemplazo valvular car- díaco, revascularización coronaria, trasplante renal o hepático cirugía de grandes vasos, cirugía de aneurisma cerebral, etc.

DEFINICION DE CIRUGIA MAYOR EN EL PACIENTE AMBULATORIO

Hay una gran cantidad de intervenciones menores que pueden efectuarse en forma sistemática en el consultorio médico, servicio de urgencias, o consulta externa con anestesia local, egresando al paciente inmediatamente y existen ciertos procedimientos quirúrgicos cuya magnitud hace necesario realizarlos en el hospital; entre estos dos extremos del espectro quirúrgico se encuentran un gran número de operaciones que dados el individuo y las circunstancias adecuados pueden efectuarse en el paciente ambulatorio (8,10,11,16).

- Davis y Sugioka de la Universidad de Duke en Carolina del Norte definen a la Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio como " Aquella que está constituida por procedimientos quirúrgicos en que no se penetra una cavidad corporal y que pueden realizarse satisfactoriamente en el lapso de una hora o --- menos, en un individuo sano, o con una alteración general leve- o moderada de fácil corrección " (8).

Cabe agregar que ésta se puede realizar con algún tipo de anestesia (local con sedación y/o analgesia, regional o general) , - pero con menos complejidad que los procedimientos mayores que - exigen vigilancia posoperatoria duradera y asistencia hospitalaria para garantizar al paciente un restablecimiento sin peligro y un resultado conveniente (8).

Para poder pertenecer a la Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio, el enfermo debe de llegar y esperar ser egresado de alta el mismo día de la intervención quirúrgica (8) .

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD
DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

HISTORIA

Esta Unidad fué creada a raíz de los problemas que toda la ciudad de México padeció en 1985; como parte del Sistema Juárez, se proyectó en primera instancia como Unidad C.A.A.P.S. (Centro -- Avanzado de Atención Primaria para la Salud), inaugurado el --- 19 de Mayo de 1988, posteriormente se constituyó como Clínica - de Cirugía de Corta Estancia, y el 22 de Junio de 1990, por indicaciones del Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Secretario de Salud, tomó el nombre de Hospital Juárez del Centro, en donde actualmente se efectúa Cirugía de Estancia Breve.

AREA FISICA

La Unidad de Cirugía de Estancia Breve, fué adaptada en el edificio de Investigación y Enseñanza del Antiguo Hospital Juárez de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Consta de tres niveles:

PLANTA BAJA

En ella se encuentra el servicio de Admisión Hospitalaria para pacientes quirúrgicos, consultorios de Epidemiología, Valoración de Anestesia, elaboración de Historias Clínicas, Inhalo -- terapia, Trabajo Social, consultorios para Endoscopia de tubo digestivo alto y bajo respectivamente.

También se encuentra el servicio de Hospitalización para pacientes sometidos a algún procedimiento quirúrgico; el mismo cuenta con 30 camas repartidas en cinco cubículos para la atención de adultos (hombres y mujeres), adolescentes, y cunas e incubadoras para recién nacidos y lactantes, así como camas para pacientes pediátricos (pre-escolares y escolares).

En un cubículo anexo al servicio de admisión se encuentran cinco camas-camillas en donde se preparará a los enfermos que serán sometidos a intervención quirúrgica.

Finalmente, existe un quirófano en donde se efectúan los procedimientos quirúrgicos de Planificación Familiar y ocasionalmente cirugía séptica (Incisión y drenaje de abscesos, aseos quirúrgicos, etcétera). (21).

SERVICIO DE ENDOSCOPIA

Representa uno de los servicios de apoyo a la Unidad Quirúrgica servicio de urgencias y consulta externa; se encuentra integrado por un endoscopista quirúrgico y una enfermera general, cuenta con dos consultorios completamente equipadas para estudios de tubo digestivo alto (esófago, estómago y duodeno), y bajo (ano recto, sigmoides, colon descendente, transverso, ascendente y ciego); los endoscopios utilizados para ambos procedimientos son flexibles, y también se cuenta con rectosigmoidoscopio. Se reportan 956 estudios de Mayo de 1988 a Diciembre de 1991. Es importante hacer notar que a pesar que en otras Unidades de Cirugía Ambulatoria, éstos estudios se incluyen dentro de los procedimientos de Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio, nosotros no la consideramos dentro de la productividad quirúrgica, debido a que la sedación utilizada para los mismos no está contemplada como técnica de anestesia. (10,17,21).

PRIMER PISO

Es una área destinada principalmente a la Enseñanza; en este espacio se encuentran 6 aulas que en total pueden dar lugar a 290 alumnos.

SEGUNDO PISO

Corresponde al área de quirófanos (tres salas), con su sala de recuperación posanestésica la cuál cuenta con cinco camas, con vestidor de médicos y personal paramédico quirúrgico de hombres y mujeres; Central de Equipos y Esterilización (C.E.Y.E), una sala para procedimientos de Hemodinamia, y oficinas de anestesiología.

SERVICIOS DE APOYO

CONSULTA EXTERNA

- Cardiología
- Cirugía General
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Reconstructiva y Plástica
- Control Prenatal
- Dermatología
- Detección Oportuna de Cáncer
- Endoscopia
- Epidemiología
- Gastroenterología
- Gineco-obstetricia
- Medicina General

- Medicina Interna
- Medicina Preventiva
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Planificación Familiar

S E R V I C I O S D E U R G E N C I A S

Brinda atención a la población abierta las 24 horas, los 365 -- días del año, por personal médico (Cirujano General y Médico Internista), paramédico (Enfermería, Trabajo Social, Laboratorio) en el Servicio de Urgencias Adultos (Observación y curaciones).

El Servicio de Urgencias de Pediatría y Gineco-Obstetricia, está a cargo de un Pediatra y Gineco-Obstetra respectivamente.

Dentro del hospital, existe una nueva modalidad de apoyo hacia la Unidad de Cirugía, la cuál consiste en la VIGILANCIA Y MANEJO POSOPERATORIO, que el personal médico y paramédico de los -- turnos nocturno y de días festivos, realiza en los pacientes -- que fuerón sometidos a Cirugía de No Estancia Breve, en la cuál han mostrado una gran capacidad de resolución y profesionalismo lo que ha permitido efectuar éste tipo de asistencia que requiere más de 24 horas en el servicio de hospitalización.

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

PARACLINICOS

- Laboratorio
- Banco de Sangre

En nuestro laboratorio, se efectúan estudios bioquímicos, metabólicos (Determinaciones enzimáticas, pruebas de función hepática, de función renal), Citológicos y Citométricos, así como parasitológicos y de cultivo (En exudados y líquidos corporales)

El Banco de Sangre realiza valiosas aportaciones, siendo la más importante la de captar decenas de Unidades de Sangre de los donadores, las cuales son enviadas al Centro Nacional de Transfusión, generando de ésta manera una fuente importante a nivel nacional de éste líquido vital.

Por otro lado, realiza determinaciones de Grupo y Factor Rh de los enfermos atendidos en el hospital, así como pruebas inmunológicas para detectar posibles portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Antígeno de Superficie para el -- Virus de la Hepatitis "B" (HBsAg), sin olvidar las reacciones-- cruzadas en pacientes hospitalizados en el servicio de Urgen -- cias que en determinado momento llegan a requerir sangre o sus derivados.

La determinación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en todos los pacientes que son sometidos a algún procedimiento quirúrgico constituye una de las modalidades creadas en éste hospital.(21).

IMAGENOLOGIA

- Radiodiagnóstico
- Ultrasonografía

En el servicio de Radiodiagnóstico se realizan estudios radiológicos simples (telerradiografía de tórax, placa simple de abdomen, cráneo, Vaters, Town, serie metastásica, columna vertebral extremidades), y contrastados (Urografía excretora, colangiograma trans-sonda, tránsito esofágico). (21).

El servicio de Ultrasonido, amplía nuestros recursos auxiliares de diagnóstico, principalmente en las especialidades de Gineco-Obstetricia, Cirugía General y Gastroenterología.

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

- Archivo Clínico
- Trabajo Social
- Caja recaudadora

SERVICIOS DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO

- Casa de Máquinas
- Planta de Luz
- Lavandería
- Calderas
- Areas de Mantenimiento y Conservación

OTROS SERVICIOS DE APOYO

- Comedor para personal
- Ambulancias para traslado de enfermos
- Estacionamiento

Existen además dentro del área física, el edificio correspondiente a las Oficinas administrativas de Gobierno, donde se encuentra la Dirección Médica y Administrativa, la Subdirección Médica, Departamento de Personal, Planeación, Estadística, Jefatura de Enfermería, Farmacia, Almacén de papelería, oficina de pago, y área de checadores.(21).

H O R A R I O D E T R A B A J O

La Unidad inicia sus actividades a las 07:00 hrs a.m. y las con-
cluye a las 20:00 hrs p.m.

07:00 hrs : Recepción de órdenes de internamiento en el Servi-
cio de Admisión a los pacientes quirúrgicos.

07:05 a 07:30 hrs a.m.

El Servicio de Anestesiología efectúa la evaluación preoperato-
ria de los pacientes que van a ser intervenidos, observando par-
ticularmente, estado de ayuno no menor de 8 horas, registro es-
table de tensión arterial (diastólica no mayor de 90 mm Hg, tem-
peratura corporal normal, ausencia de focos infecciosos (princi-
palmente vías respiratorias superiores).

07:35 a 07:55 hrs a.m.

Se lleva a cabo la preparación del paciente por parte del perso-
nal de Enfermería adscrito a Hospitalización (cambio de ropa, -
vendaje de miembros inferiores, tricotomía en genitales, piel -
cabelluda, abdomen, axilas, etc, canalizar vena periférica) .

07:55 a 08:00 hrs a.m.

Traslado del enfermo en camillas al quirófano asignado previa-
mente.

08:00 a 14:00 hrs a.m.

Inicio de la Cirugía Electiva en cada uno de los cuatro quirófa-
nos; realización de los procedimientos quirúrgicos; recupera --
ción posanestésica de 1 a 2 horas, con alta del paciente al ser-
vicio de hospitalización en piso, dictada por el anestesiólogo-
asignado a recuperación.

14:00 a 17:00 hrs p.m.

En el servicio de hospitalización se lleva a cabo el segundo período de recuperación bajo la vigilancia del personal médico -- (Cirujano tratante y/o Médico especialista adscrito al servicio de urgencias del turno vespertino), así como personal paramédico; el egreso hospitalario del paciente es valorado y supervisado por el personal médico y de trabajo social.

17:00 a 20:00 hrs p.m.

En éste lapso de tiempo se efectúan los egresos hospitalarios de los pacientes dependiendo del grado de recuperación anestésica y generalmente obedecen al siguiente orden:

- Pacientes intervenidos con Anestesia Local más sedación o analgesia; con Anestesia General Endovenosa; con bloqueo regional; con bloqueo peridural; con bloqueo subaracnoideo; con anestesia general inhalatoria y finalmente aquellos con anestesia general balanceada.

Dentro de la Unidad de Cirugía de Estancia Breve, siempre existe un quirófano disponible para la atención de procedimientos quirúrgicos de emergencia, dentro de los diferentes turnos hospitalarios (Matutino, vespertino, nocturno, y de días festivos) en apoyo a enfermos que no pudiesen ser trasladados a otras --- Unidades Hospitalarias por la gravedad del padecimiento (Embarazo extrauterino roto), o por falta de cupo en otras Unidades -- que representaron urgencia de resolución a la brevedad (piocolecisto, apendicitis, hernia estrangulada, perforación de viscera hueca, etc) .

- El tiempo promedio de estancia hospitalaria en la Unidad de Cirugía es de 8 horas, en la mayor parte de los procedimientos efectuados (92 al 95% de los casos) independientemente de las técnicas en anestesia utilizadas.

Sin embargo, existen intervenciones quirúrgicas, que por medida de reposo, vigilancia de sonda urinaria, drenovac, valoración de tolerancia a la vía oral, o riesgo de hemorragia posoperatoria, requieren de un período de observación, mínima, de 24 hrs. A continuación se mencionan algunas de ellas :

- Safenectomía Interna Unilateral
- Reparación plástica de cistocele, rectocele o por suspensión del cuello vesical.
- Plastía de pared por eventración gigante
- Operación Cesárea

Cabe señalar que el tipo de operaciones citadas anteriormente ocupan un bajo porcentaje, y que la vigilancia mínima de 24 hrs constituye una modalidad dentro de la Unidad de Cirugía, gracias al personal médico y paramédico del servicio de urgencias de -- los turnos nocturno y de días festivos, que brindan su apoyo, - para que éste período de observación curse y concluya en forma satisfactoria.

Este tipo de procedimientos quirúrgicos que requieren de estancia hospitalaria de 8 a 24 horas, son consideradas en nuestro -- hospital como CIRUGIA MAYOR EN EL PACIENTE AMBULATORIO.

A continuación se mencionan algunas de las operaciones de éste tipo de cirugía, que se realizan con mayor frecuencia en la --- Unidad de Cirugía de Estancia Breve.

- Reparación de hernia de pared abdominal
- Extirpación de Fibroadenomas en mama
- Mastectomías simples
- Incisión y drenaje de abscesos
- Extracción de cuerpos extraños
- Excresis de lipomas
- Legrado Uterino Instrumental
- Atención de Parto
- Laparoscopia diagnóstica
- Tratamiento de la Glándula de Bartholin
- Oclusión Tubaria Bilateral

- Deferentoclasia Bilateral
- Septoplastía
- Amigdalectomía
- Polipectomía Nasal
- Otoplastía
- Rinoplastía
- Extirpación de Pterigión y Chalazión
- Corrección de Estrabismo
- Sondeo de conducto lagrimal
- Extirpación de catarata
- Hemorroidectomía
- Fistulectomía
- Fisurectomía con miotomía
- Marsupialización de quiste pilonidal
- Incisión y drenaje de absceso perianales
- Circunscisión en el adulto
- Hidrocelectomía
- Varicocelectomía izquierda
- Meatotomía
- Orquidopexia
- Circunscisión en el niño
- Extirpación de quiste tirogloso
- Extracciones dentales múltiples

- Extracción de tercer molar
- Extirpación de mucocele labial
- Plastía de Frenillo
- Biopsias excisionales de lesiones cutáneas
- Electrofulguración y curetaje de nevos
- Ganglionectomías
- Cateterismo Cardíaco
- Colocación de marcapaso

Dentro del grupo anterior de cirugías, existen aquellos casos - de pacientes intervenidos, en los cuales su egreso hospitalario es diferido a juicio del médico especialista en turno, cuando - las condiciones generales impiden la movilización fuera de su - cama o la ambulación, siendo las causas más frecuentes :

- Dolor posoperatorio refractario a analgésicos
- Estado Náuseoso

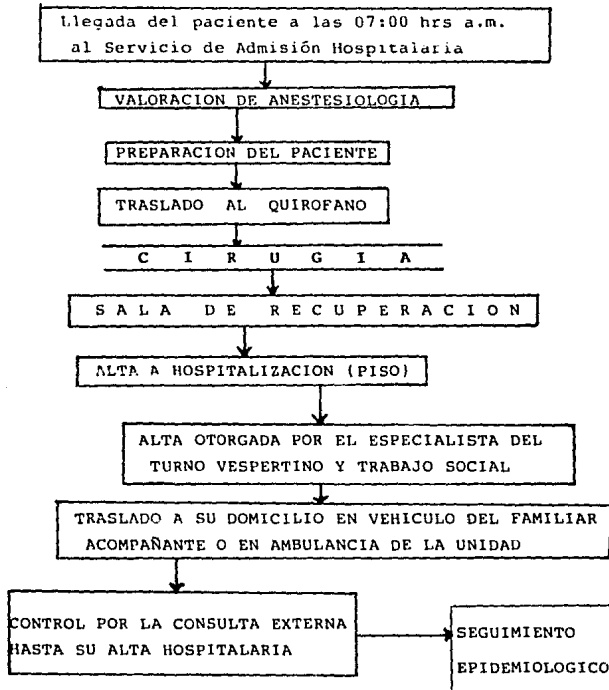
En los pacientes foráneos, que por su lugar de origen y residencia, no les es posible regresar a sus hogares y que no cuentan con lugar de hospedaje, y en aquellos pacientes que no consi -- guieron medio de transporte para el traslado a su domicilio, -- el egreso hospitalario es diferido al día siguiente.

UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO

FLUJOGRAMA DEL PACIENTE EL DIA DE SU INTERVENCION

QUIRURGICA



AREA DE INFLUENCIA

Para determinar ésta área, se hizo un estudio tanto de demanda otorgada en la zona próxima a éste hospital así como de oferta por el número de consultorios propuestos y de atención a la población abierta, que es una de las responsabilidades de la Secretaría de Salud.

Población Estimada Total 4,737,989

Población Abierta Estimada..... 1,330,981

<u>D E L E G A C I O N</u>	<u>POBLACION</u>	<u>POBLACION</u>
	<u>TOTAL</u>	<u>ABIERTA</u>
1) Cuauhtemóc	815,546	163,109
2) Venustiano Carranza	692,896	221,109
3) Benito Juárez	598,878	63,121
4) Iztacalco	578,927	199,151
5) Miguel Hidalgo	571,461	99,814
6) Iztapalapa	1,530,281	584,567
7) Provincia	?	?

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONSULTAS IMPARTIDAS

Hacemos la observación que de Mayo de 1988 a Diciembre de 1991, se otorgaron 234,419 consultas, en donde lo más -- sobresaliente fué que el 84% de los pacientes se brindó - a la población No derechohabiente de alguna institución - de Salud; el grupo restante (16%), pertenece al ISSSTE(9%) y al I.M.S.S el 6%; el 1% recibe otro tipo de atención mé dica (PEMEX, Seguros privados, etc).

EVALUACION QUIRURGICA EN LA UNIDAD

Corresponde al cirujano tratante la responsabilidad y obligación para efectuar un juicio individual en cada enfermo quirúrgico, para determinar si es candidato para Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio, tomando en cuenta los siguientes factores

- Edad
- Condiciones Físicas y Mentales
- Riesgo anestésico
- Actitud del paciente
- Situación social y familiar
- Valorar la magnitud de la cirugía propuesta está dentro del rango considerado como Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio.

Esta labor se inicia desde el consultorio de Especialidad y es importante también analizar tres importantes factores:

A) Factores Fisiológicos: se realiza mediante la clasificación según las categorías de la American Society of Anesthesiologists, en:

- Clase I : Pacientes sin enfermedad general alguna.
- Clase II: Pacientes con enfermedad general leve que no limita las actividades.
- Clase III Requiere evaluación estricta por el anesthesiólogo, por considerarse paciente con serios factores de riesgo, que pueden requerir hospitalización por más de 24 horas(Diabéticos-Insulinodependientes, hipertensión arterial, Insuficiencia Coronaria,etc).

B) Factores Psicológicos: es importante lograr una atmósfera de confianza y más relajada, que brinde una atención más personalizada e individual; en el paciente inseguro es de gran utilidad una explicación minuciosa de que sus condiciones generales son buenas, acerca del procedimiento propuesto, la mecánica de su estancia en la Unidad, evolución y condiciones al egresar. En pacientes pediátricos explicar a los padres las ventajas de la Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio, la cuál reduce el tiempo de separación Padres-Hijos.

C) Factores Sociales: se investiga principalmente el fondo social y familiar, sobre la distancia que existe entre su domicilio y la Unidad de Cirugía, la presencia de un miembro de la familia o bien un adulto responsable que acompañe al enfermo

EVALUACION PREANESTESICA

Una vez valorado por el cirujano tratante, completados los estudios de laboratorio (BH, QS, TP-TPT, EGO, CPS en serie de 3, -- V.D.R.L) incluyendo la determinación del VIH y el HBsAg, historia clínica, valoración cardiológica para riesgo quirúrgico, el paciente es enviado a valoración preanestésica, la cuál es efectuada por un médico anesthesiólogo.

Los factores que se buscan en ésta selección preanestésica son los siguientes:

- 1) Que el paciente tenga un riesgo anestésico-quirúrgico -- A.S.A. I o II ,existiendo circunstancias especiales como senilidad o diabetes mellitus estable.

- 2) Que las pruebas de laboratorio: hemoglobina, hematócrito pruebas de coagulación y química sanguínea estén dentro de los límites normales, y negatividad del VIH y HBsAg.
- 3) En pacientes de más de 45 años, se tenga telerradiografía de tórax y electrocardiograma dentro de la normalidad y reporte del riesgo quirúrgico por parte de la especialidad de Cardiología o Medicina Interna. En caso de sospecha de cardiopatía o hipertensión arterial sistémica el paciente debe someterse a valoración por parte del servicio de Cardiología.
- 4) Que el margen de complicaciones anestésico-quirúrgicas sean de muy baja incidencia y mínima repercusión.
- 5) Que la hemorragia transoperatoria esperada sea mínima.

Estos factores mencionados se detectan al ser llenado un cuestionario de valoración preanestésica, en la que al final se determina el riesgo anestésico y algunas observaciones en caso de que el paciente sea rechazado o bien sugerencias para incluirlo dentro del concepto "Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio" por ejemplo: reducción de peso, interconsulta con Medicina Interna, inhaloterapia, Epidemiología, etc).

A continuación se muestra el cuestionario propuesto por el servicio de Anestesiología de la Unidad de Cirugía de Estancia Breve del Hospital Juárez del Centro.

HOJA DE VALORACION PREANESTESICA

FECHA _____ NOMBRE _____
No. EXP _____ SERVICIO _____
EDAD _____ SEXO _____ PESO _____ CAMA _____
FECHA DE INGRESO _____ FECHA DE PROGRAMACION QUIRURG _____
DIAGNOSTICO _____
CIRUGIA PROPUESTA _____ ELECTIVA _____ URGENCIA _____
HEMOGLOBINA _____ HEMATOCRITO _____ LEUCOCITOS _____
GLUCOSA _____ UREA _____ CREATININA _____ OTROS _____
SODIO _____ POTASIO _____ FOSFORO _____ CLORO _____ CALCIO _____ CO₂ _____
VIH _____ HBsAg _____ OTROS _____
SIGNOS VITALES: T/A _____ PULSO _____ F.R. _____ P.V.C. _____
FUNCION VENTILATORIA: SUFICIENTE _____ INSUFICIENTE _____
OBSTRUCTIVA _____ RESTRICTIVA _____ INFECCION _____
ARRITMIAS _____ BRADICARDIA _____ TAQUICARDIA _____
TENSION ARTERIAL _____ HIPERTENSION _____ HIPOTENSION _____
ESTADO METABOLICO: ACIDOSIS _____ ALCALOSIS _____ OBESIDAD _____
DESHIDRATACION _____ DESNUTRICION _____ OTROS _____
PADECIMIENTOS ASOCIADOS _____
TRATAMIENTO _____
ANTECEDENTES ALERGICOS _____
ANTECEDENTES ANESTESICOS _____
COMENTARIOS _____

RIESGO ANESTESICO A.S.A. _____ .
MEDICACION PREANESTESICA _____

MEDICO ANESTESIOLOGO
(NOMBRE Y FIRMA)

ENTREVISTA PREOPERATORIA DE TRABAJO SOCIAL.

Una vez que se ha determinado que el paciente es candidato para Cirugía de Estancia Breve, se envía al servicio de Trabajo Social para cumplir con los trámites administrativos de pago para el procedimiento quirúrgico propuesto.

Es elaborada una tarjeta de registro en la que se incluye el nombre, edad, sexo, domicilio, y el teléfono del paciente y de un familiar adulto responsable, misma que servirá para el control externo del enfermo.

A continuación se muestra el formato de registro :

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO

TARJETA DE TRABAJO SOCIAL

TARJETA DE CONTROL

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD _____ SEXO _____

DOMICILIO DEL PACIENTE _____

TELEFONO _____

FAMILIAR RESPONSABLE

NOMBRE _____

DOMICILIO _____ TELEFONO _____

SELECCION DE PACIENTES POR EL COMITE DE EVALUACION

Una vez completados los trámites de pago se anexan al expediente clínico, se llena posteriormente una hoja de solicitud de -- operación, en donde se anota el procedimiento quirúrgico a realizar, nombre del paciente, número de expediente, fecha de operación solicitada, tipo de anestesia sugerida, nombre y firma -- del cirujano.

Este expediente ya integrado, es enviado al Comité de Selección el cuál revisa nuevamente el expediente, se discuten los casos, y se llena un formato en el que se incluyen y resumen los requisitos, en donde al final del mismo se dicta el resultado y se - programa la cirugía con una semana de anticipación a la fecha - solicitada.

EDUCACION PREOPERATORIA

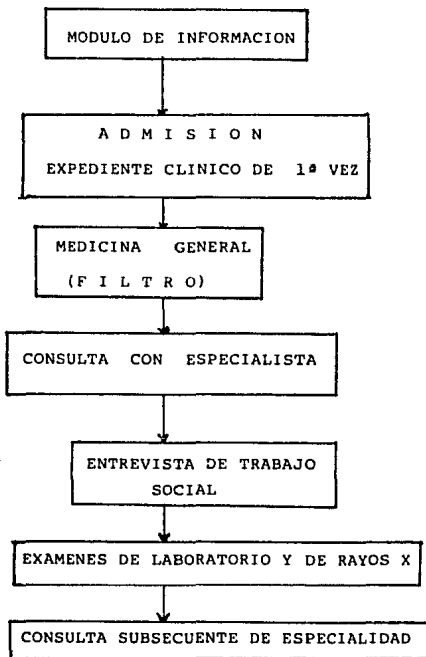
Corresponde al servicio de Epidemiología realizar una plática - de orientación y educación preoperatoria a los pacientes que -- serán intervenidos; ésta plática se realiza el día viernes de - cada semana.

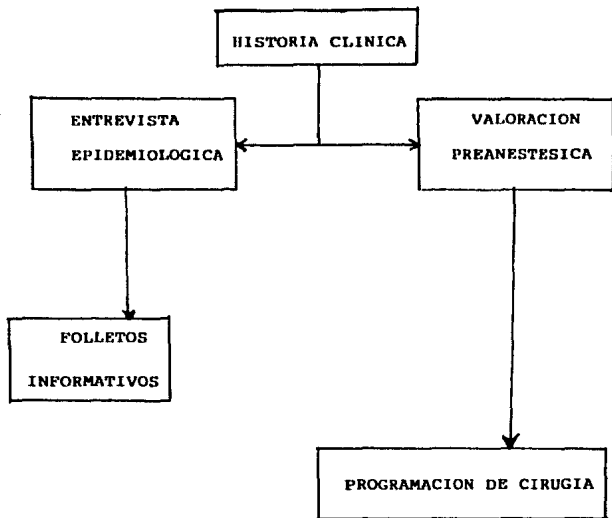
HOJA DE INTERNAMIENTO

Una vez que se ha efectuado la plática, en la cuál se informa - al paciente y familiares sobre la hora de ingreso, condiciones- de ayuno e higiene el día de la operación y el requisito del familiar acompañante, se le proporciona un folleto en donde nuevamente se les recuerda las recomendaciones planteadas en la plática, se registra al paciente para efectuar el seguimiento epi-demiológico posoperatorio.

FLUJOGRAMA DEL PACIENTE

HASTA SU INTERVENCION QUIRURGICA





" El tiempo transcurrido desde la primera consulta, hasta el día de su cirugía es de 6 a 8 días . "

COMITES HOSPITALARIOS

En la Unidad se cuenta con los siguientes comités :

- Comité de Morbi-mortalidad Hospitalaria
- Comité de Infecciones
- Comité de Mortalidad Materna
- Comité de Mortalidad Perinatal

Estos sesionan una vez por mes, generando la información correspondiente.

SELECCION DE LOS PACIENTES PARA ESTE TIPO DE CIRUGIAS

Para efectuar ésta, se cuenta con un comité de selección, el --
cuál se encuentra integrado por:

- DIRECCION MEDICA
- SUBDIRECCION MEDICA
- JEFATURA DE CIRUGIA
- JEFATURA DE ANESTESIOLOGIA
- JEFATURA DE EPIDEMIOLOGIA
- JEFATURA DE ENFERMERIA
- JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL

Los expedientes clínicos de los pacientes se revisan semanalmente, se someten a discusión los casos problema y se efectúa la programación quirúrgica.

Actualmente se programan de 3 a 4 pacientes diariamente en cada uno de los cuatro quirófanos, dedicados a cirugía electiva.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO
UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

SELECCION DE PACIENTES

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
NUMERO DE EXPEDIENTE _____ SEXO _____ EDAD _____
SERVICIO SOLICITANTE _____
MEDICO TRATANTE _____

HISTORIA CLINICA _____ ()
NOTA DE REVISION ESPECIALIZADA _____ ()
EXAMENES DE LABORATORIO _____ ()
ESTUDIOS DE GABINETE _____ ()
REQUISITOS DE OPERACION E INTERNAMIENTO _____ ()
REQUISITOS DE BANCO DE SANGRE _____ ()
ESTUDIO DE TRABAJO SOCIAL _____ ()
AUTORIZACION DE INTERNAMIENTO _____ ()

INTERCONSULTAS

CARDIOLOGIA _____ ()
ANESTESIOLOGIA _____ ()
OTRAS (Especificar) _____ ()

FECHA DE PRESENTACION PARA SELECCION _____

RESULTADO: ADECUADO () NO ADECUADO ()

OBSERVACIONES _____

COMITE DE SELECCION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

HOJA DE INTERNAMIENTO (Parte II)

Se le indica a cada uno de los pacientes recoger su orden de internamiento en la oficina de admisión de la Unidad, en donde se encuentra notada la fecha de la operación, nombre del paciente, número de expediente, diagnóstico, fecha y hora de internamiento y finalmente nombre y firma del médico responsable que elaboró la orden de hospitalización.

SEGUIMIENTO EPIDEMIOLOGICO

- Primera Entrevista : se realiza en el posoperatorio inmediato, generalmente a las 14 hrs en el piso de hospitalización para identificar complicaciones tempranas de la cirugía.
- Segunda Entrevista : se establece mediante comunicación telefónica, para preguntar sobre sus condiciones de salud.
- Tercera entrevista : ocurre a los 20 días posoperatorios, en el consultorio de epidemiología de la consulta externa valorando las condiciones generales y de la herida quirúrgica.

En caso de no existir complicaciones, el paciente es dado de alta epidemiológica, con la cual concluye la atención quirúrgica del enfermo, sin embargo, es importante mencionar que a pesar de ser egresado de la consulta de especialidad, mediante el registro obtenido en la plática preoperatoria, se puede en determinado momento mantener cautiva a una población de pacientes principalmente con fines de investigación clínica; ésta última representa otra modalidad dentro de la Unidad de Cirugía de Estancia Breve.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se realizó un estudio retrospectivo de 5,966 procedimientos quirúrgicos, efectuados de Mayo de 1988 a Diciembre de 1991 ,en la Unidad de Cirugía de Estancia Breve del Hospital Juárez del Centro de la Secretaría de Salud.

Se revisa la frecuencia y distribución de las intervenciones quirúrgicas realizadas, consideradas dentro del concepto de Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio; las técnicas en anestesia aplicadas a las mismas, así como el promedio de estancia -- hospitalaria para éste tipo de cirugía y finalmente la medición de la tasa de Morbi-mortalidad a través del seguimiento epidemiológico.

R E S U L T A D O S

La Cifra Quirúrgica Global durante 43 meses correspondió a la cantidad de 5,966 operaciones, que representó el 2.54% de la Población Total Consultada (234,419 pacientes).

Las intervenciones quirúrgicas realizadas en la Unidad de Cirugía de Estancia Breve, por las diferentes especialidades quirúrgicas, se encuentran clasificadas dentro de tres áreas (21) :

- CIRUGIA GENERAL
- GINECO-OBSTETRICIA
- CIRUGIA PEDIATRICA

En el área de Cirugía General se incluyen las operaciones efectuadas de las siguientes especialidades :

- Cirugía General
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Proctología
- Urología
- Bucodentomaxilar
- Dermatología
- Hemodinamia

En el área de Gineco-Obstetricia, las cirugías realizadas se -- agrupan en tres tipos :

- Cirugía Ginecológica
- Cirugía Obstétrica
- Planificación Familiar

En el área de Cirugía Pediátrica se incluyen los procedimientos realizados desde lactantes menores hasta escolares.

TABLA-1 DISTRIBUCION Y FRECUENCIA POR AREA

<u>A R E A</u>	<u>Nº CASOS</u>	<u>%</u>
CIRUGIA GENERAL	3,797	62.92%
GINECO-OBSTETRICIA	1,713	28.71%
CIRUGIA PEDIATRICA	456	7.64%
T O T A L	5,966	100%

FUENTE :Libros de Productividad 1988 a 1991

Unidad de Cirugía, Hospital Juárez del Centro.S.S.

En la tabla-1 , se observa que el área de Cirugía General genera la mayor productividad de operaciones (62.92%) dentro de la Unidad de Cirugía, ésto es debido a la mayor coberturas de especialidades quirúrgicas (incluye nueve especialidades).

En la Tabla-2, se muestran las tasas de cirugía por cada una de las especialidades, nuevamente se observa que el Servicio de Cirugía General ocupa el primer lugar con 1,242 casos (20.82%). Dentro del mismo, el 49.03% corresponde a la Reparación de la Hernia (609 casos); de ésta, el 75% (456 casos) lo representó la Reparación de Hernia Inguinal (primarias y recidivantes), el procedimiento anestésico más utilizado en este tipo de cirugía-fué el Bloqueo Peridural (93% = 424 casos). Ver Tabla-3.

La Septoplastía se considera el procedimiento quirúrgico más -- frecuentemente realizado, dentro de la Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio, en la Unidad de Cirugía de Estancia Breve, según se observa en la Tabla-4 y 5 ; el servicio de Otorrinolaringología efectuó 824 casos y el de Cirugía Reconstructiva 338 casos, ambos lograron 1,162 septoplastías, que corresponde al 19.5% de la Cifra Quirúrgica Global (5,966 casos).

La anestesia general inhalatoria es la técnica más utilizada en este procedimiento.

El promedio de estancia hospitalaria en ambos procedimientos(Reparación de hernia inguinal y septoplastía) es de 8 horas.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO

UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

TABLA-2 DISTRIBUCION DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
POR ESPECIALIDAD (1988-1991)

<u>S E R V I C I O</u>	<u>Nº CASOS</u>	<u>%</u>
CIRUGIA GENERAL	1,242	20.92
GINECO-OBSTETRICIA	1,152	19.30
OTORRINOLARINGOLOGIA	874	14.74
PLANIFICACION FAMILIAR	561	9.40
CIRUGIA RECONSTRUCTIVA Y PLASTICA	525	8.79
CIRUGIA PEDIATRICA	456	7.64
OFTALMOLOGIA	367	6.15
PROCTOLOGIA	330	5.53
UROLOGIA	215	3.60
BUCODENTOMAXILAR	173	2.89
DERMATOLOGIA	62	1.03
HEMODINAMIA	9	0.15
T O T A L= 5,966		100%

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO
UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

TABLA-3 CIRUGIA GENERAL : LOS 5 PROCEDIMIENTOS
MAS FRECUENTEMENTE REALIZADOS(1988-1991)

<u>PROCEDIMIENTO</u>	<u>Nº CASOS</u>	<u>%</u>
REPARACION DE HERNIA	609	49.03
BIOPSIAS EXCISIONALES	452	36.39
EXTIRPACION DE FIBROADENOMA EN MAMA	62	4.99
EXTIRPACION DE GINECOMASTIA	47	3.78
SAFENECTOMIA INTERNA UNILATERAL	19	1.52

Fuente: Libros de productividad 1988 a 1991.

Unidad de Cirugía, Hospital Juárez del Centro.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO

UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

TABLA-4 OTORRINOJARINGOLOGIA : LOS 5 PROCEDIMIENTOS
MAS FRECUENTEMENTE REALIZADOS (1988 a 1991)

PROCEDIMIENTO	Nº CASOS	%
SEPTOPLASTIA	824	94.27
AMIGDALECTOMIA	28	3.20
POLIPECTOMIA NASAL	8	0.91
TIMPANOPLASTIA	7	0.80
CALDWELL-LUC	4	0.45

Fuente : Libros de productividad de 1988 a 1991.

Unidad de Cirugía del Hospital Juárez del Centro.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO

UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

TABLA-5 CIRUGIA RECONSTRUCTIVA Y PLASTICA: LOS 5 PROCEDIMIENTOS MAS FRECUENTES (1988 a 1991)

<u>PROCEDIMIENTO</u>	<u>Nº CASOS</u>	<u>%</u>
SEPTOPLASTIAS	338	64.38
CIRUGIA DE EXTREMIDADES SUPERIORES	92	17.52
CIRUGIA FACIAL	48	9.14
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	18	3.42
OTOPLASTIAS	17	3.23

FUENTE :Libros de productividad 1988 a 1991.

Unidad de Cirugía del Hospital Juárez del Centro.

En Oftalmología (tabla-6), la extirpación del Pterigión ocupa - el primer lugar con 185 casos (50.40%), realizándose con buen - márgen de seguridad bajo anestesia local y sedación, siendo moni - torizada por un Anestesiólogo.

Los procedimientos más frecuentes en Proctología (Tabla-7), Uro - logía (Tabla-8), Dermatología (Tabla-10), y Cirugía Pediátrica - (Tabla-15), son realizados por Cirujanos Generales bien califi - cados, hasta la actualidad con nula morbilidad.

La hemorroidectomía (52.72%), la circuncisión en el adulto --- (59.06%), las biopsias excisionales (45.2%) y la amigdalecto - mía (76.09%) continúan siendo las operaciones más frecuentemen - te realizadas de las especialidades anteriores (Tabla-7,8,10,15)

En el servicio de Bucodentomaxilar, se realizarón 146 extrac -- ciones dentales múltiples (84.4%), dentro de las cuales, la del tercer molar ocupó el 65% con 95 casos (Tabla-9).

La anestesia local con sedación o analgesia, continúa siendo la técnica en anestesia más empleada en las extracciones dentales - múltiples y en las biopsias excisionales.

Todas las piezas quirúrgicas son enviadas al servicio de Anato - mía Patológica del Hospital Juárez de México, para su estudio - histopatológico.

Los dos procedimientos en Hemodinamia citados en la Tabla-11, - se realizarón durante el año de 1988 a 1989, ya que se contaba - con el personal especializado, actualmente se carece de ello.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO

UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

**TABLA-6 OFTALMOLOGIA: LOS 5 PROCEDIMIENTOS MAS
FRECIENTES (1988 a 1991)**

<u>PROCEDIMIENTO</u>	<u>Nº CASOS</u>	<u>%</u>
EXTIRPACION DE PTERIGION	185	50.40
EXTIRPACION DE CHALAZION	112	30.51
CORRECCION DE ESTRABISMO	42	11.44
SONDEO DE CONDUCTO LAGRIMAL	18	4.90
EXTIRPACION DE CATARATA	10	2.72

Fuente : Libros de Productividad de 1988 a 1991.

Unidad de Cirugía del Hospital Juárez del Centro.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO

UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

TABLA-7 PROCTOLOGIA : LOS 5 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
MAS FRECUENTES (1988-1991)

PROCEDIMIENTO	Nº CASOS	%
HEMORROIDECTOMIA	174	52.72
FISTULECTOMIA	75	22.72
FISURECTOMIA CON MIOTOMIA	34	10.30
INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO PERIANAL	24	7.27
MARZUPIALIZACION DE QUISTE PILONIDAL	23	6.96

Fuente : Libros de Productividad de 1988 a 1991.

Unidad de Cirugía del Hospital Juárez del Centro.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO

UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

TABLA-8 UROLOGIA : LOS 5 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
MAS FRECUENTES (1988 a 1991).

PROCEDIMIENTO	Nº CASOS	%
CIRCUNSCISION	127	59.06
HIDROCELECTOMIA	48	22.32
VARICOCELECTOMIA	34	15.81
MEATOTOMIA	4	1.85
LITECTOMIA ENDOSCOPICA	1	0.46

Fuente: Libros de Productividad de 1988 a 1991.

Unidad de Cirugía del Hospital Juárez del Centro.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO
UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

TABLA-9 BUCODENTOMAXILAR : LOS 5 PROCEDIMIENTOS MAS
FRECIENTES (1988 a 1991)

P R O C E D I M I E N T O	Nº CASOS	%
EXTRACCIONES DENTALES MULTIPLES	146	84.4
PLASTIA DE FRENILLO	14	8.1
CORRECCION DE LABIO Y PALADAR HENDIDO	6	3.5
EXTIRPACION DE MUCOCELE	6	3.5
FISTULECTOMIA LABIAL	2	0.5

Fuente : Libros de productividad de 1988 a 1991.

Unidad de Cirugía del Hospital Juárez de México.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO
UNIDAD DE CIRUCIA DE ESTANCIA BREVE

TABLA-10 DERMATOLOGIA : LOS 5 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
MAS FRECUENTES (1988 a 1991).

P R O C E D I M I E N T O	Nº CASOS	%
BIOPSIAS EXCISIONALES	28	45.2
EXTIRPACION DE LESIONES CUTANEAS	28	45.2
ELECTROFULGURACION DE NEVOS	2	3.2
CURETAJE DE LESIONES EN PIEL	2	3.2
EXCISION TOTAL	2	3.2

Fuente : Libros de productividad 1988 a 1991.

Unidad de Cirugía del Hospital Juárez de México.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO
UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

TABLA-11 HEMODINAMIA : PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS

P R O C E D I M I E N T O	Nº CASOS	%
CATETERISMO CARDIACO	7	77.7
COLOCACION DE MARCAPASO	2	22.3

Fuente : Libros de productividad de 1988 a 1991.

Unidad de Cirugía del Hospital Juárez del Centro.

El funcionamiento continuo durante los 365 días del año en el servicio de Urgencias Gineco-Obstétricas, ha permitido la realización de 357 procedimientos de dilatación y legrado (ya sea -- diagnóstico o terapéutico), bajo anestesia general endovenosa ; la Operación Cesárea le sigue en frecuencia con 326 casos; ambas ocupan el 74.15% de la Cirugía Obstétrica y el 11.44 de la Cifra Quirúrgica Global (Tabla-12).

La Reparación Plástica del cistocele y rectocele es la operación ginecológica que ocupa el primer lugar (65.87%), aunque -- también se realizan procedimientos plásticos en la salpinge --- como posibilidad de fertilidad en mujeres que previamente ha -- bían sido sometidas a oclusión tubaria bilateral (Tabla-13).

Desde 1990, se han establecido programas de planificación familiar en el posparto inmediato mediante colocación de D.I.U. y - salpingoclasia bilateral en primigestas y mujeres con paridad-satisfecha respectivamente.

Este último procedimiento continua siendo el preponderante(85%) en comparación con la Vasectomía (15%).

Estas intervenciones son realizadas por Gineco-Obstétricas y Cirujanos Generales (Tabla-14).

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO
UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

TABLA-12 OBSTETRICIA : LOS 5 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
MAS FRECUENTES (1988 a 1991).

PROCEDIMIENTO	Nº CASOS	%
DILATACION Y LEGRADO	397	38.76
OPERACION CESAREA	326	35.39
ATENCION DE PARTO	216	23.45
LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	19	2.06
SALPINGECTOMIA	3	0.32

Fuente : Libros anuales de Productividad 1988 a 1991.

Unidad de Cirugía del Hospital Juárez del Centro.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO
UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

TABLA-13 CIRUGIA GINECOLOGICA : LOS 5 PROCEDIMIENTOS
MAS FRECUENTES (1988-1991).

PROCEDIMIENTO	Nº CASOS	%
PLASTIA VAGINAL	152	65.87
RESECCION CUNEIFORME DE OVARIO	63	27.27
CISTECTOMIA DE BARTHOLIN	25	10.82
PLASTIA TUBARIA (RECANALIZACION)	5	2.18
AMPUTACION CERVICAL DE STUMDORF	2	0.86

Fuente : Libros anuales de Productividad 1988-1991.
Unidad de Cirugía del Hospital Juárez del Centro.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO
UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

TABLA-14 PLANIFICACION FAMILIAR : CIRUGIAS EFECTUADAS

P R O C E D I M I E N T O	Nº CASOS	%
OCLUSION TUBARIA BILATERAL	477	85.02
DEFERENTOCLASIA BILATERAL	84	14.98

FUENTE: Libros anuales de productividad 1988-1991.
Unidad de Cirugía del Hospital Juárez del Centro.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO
UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

TABLA-15 CIRUGIA PEDIATRICA : LOS 5 PROCEDIMIENTOS
MAS FRECUENTES (1988-1991)

PROCEDIMIENTO	Nº CASOS	%
AMIGDALECTOMIA	347	76.09
ORQUIDOPEXIA	103	22.58
FRENILECTOMIAS	5	1.09
EXTIRPACION DE QUISTE TIROGLOSO	2	0.43
HIPOSPADIAS	1	0.21

Fuente: Libros anuales de Productividad 1988-1991.
Unidad de Cirugía del Hospital Juárez del Centro.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO
UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS MAYORES CONSIDERADOS COMO
CIRUGIA DE NO ESTANCIA BREVE

P R O C E D I M I E N T O	Nº CASOS	%
COLECISTECTOMIA	203	35.0
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	134	23.0
APENDICECTOMIA	83	14.1
EMBARAZO ECTOPICO ROTO	47	8.1
HERNIA ESTRANGULADA	31	5.2
HISTERECTOMIA VAGINAL	24	4.1
FUNDUPLICATURA	20	3.5
AMPUTACION DE MIEMBRO PELVICO	13	2.3
LOBECTOMIA CON ISTMECTOMIA	12	2.1
VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA	10	1.8
OTROS PROCEDIMIENTOS	5	0.8

Fuente: Libro de registro de operaciones del servicio de Anestesiología 1988-1991. Unidad de Cirugía del H.J.C..

CIRUGIA DE NO ESTANCIA BREVE

El aumento progresivo en la demanda de atención médica de la población abierta, en los servicios de urgencias ha motivado que en aquellos casos en los cuales la urgencia inminente pone en riesgo la vida del enfermo o por falta de cupo en otras unidades hospitalarias del sector salud, se realicen procedimientos quirúrgicos que requieren varios días de hospitalización dentro de nuestra Unidad de Cirugía; éste tipo de asistencia quirúrgica es una modalidad creada dentro del hospital, como ya se había mencionado, gracias al apoyo brindado por el personal médico y paramédico de los servicios de urgencias en sus diferentes turnos (Nocturno y de días festivos), los cuales enfrentan con gran profesionalismo la responsabilidad de los cuidados posoperatorios y de la conducta terapéutica que el caso lo requiera.

En la página previa se citan 582 intervenciones quirúrgicas que corresponden al 0.25% del total de consultas atendidas durante 43 meses, y se encuentran independientes al grupo de operaciones de Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio (5,966 I.Qx).

El objetivo de citarlas, es el dar a conocer ésta nueva modalidad de atención quirúrgica en el Hospital Juárez del Centro y es importante hacer la observación de que están excluidas del concepto de Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio, que manejamos en nuestra Unidad Quirúrgica.(21,35).

VALORACIONES PREANESTESICAS

De Mayo de 1988 a Diciembre de 1991, se efectuaron 6,356 valoraciones preanestésicas por los médicos anesthesiólogos, correspondiendo al 91.2% la aplicación de algún tipo de técnica en anestesia.

El restante 8.8% correspondió a procedimientos efectuados con infiltración local de anestésico.

PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS EFECTUADOS

Se realizaron 5,792 procedimientos anestésicos, considerando al Bloqueo Peridural como el más empleado (1,896 = 32.3%); en segundo lugar se encuentra la anestesia general balanceada siendo ministrada a 1,412 pacientes (24.4%).

La técnica menos utilizada fue el Bloqueo del Plexo Braquial - con solo 108 pacientes (1.8%), sin llegarse a reportar complicaciones con éste último procedimiento.

CAUSAS DE SUSPENSION QUIRURGICA

Las afecciones del tracto respiratorio superior e inferior (Rino faringitis, faringo-amigdalitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica en fase de exacerbación) fueron las causas más frecuentes de suspensión quirúrgica; a éste grupo de pacientes, se les brindó rehabilitación respiratoria en el servicio de Inhaloterapia.

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO
UNIDAD DE CIRUGIA DE ESTANCIA BREVE
SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS EFECTUADOS

T E C N I C A	Nº CASOS	%
BLOQUEO PERIDURAL	1869	32.3
ANESTESIA GENERAL BALANCEADA	1412	24.4
ANESTESIA GENERAL INHALATORIA	874	15.1
ANESTESIA GENERAL ENDOVENOSA	862	14.9
ANESTESIA LOCAL CON SEDACION O ANALGESIA	550	9.5
BLOQUEO SUBARACNOIDEO	117	2.0
BLOQUEO DEL PLEXO BRAQUIAL	108	1.8
T O T A L	5,792	100 %

SEGUIMIENTO EPIDEMIOLOGICO

Toda intervención quirúrgica, expone al paciente a un riesgo el cuál puede variar en magnitud e intensidad.

El propósito del seguimiento epidemiológico es identificar los riesgos, medirlos, evaluarlos y finalmente llevar a cabo una acción nacida de su conocimiento.

Se realizó el seguimiento posoperatorio a 5,966 pacientes sometidos a Cirugía de Estancia Breve, durante 43 meses comprendidos de Mayo de 1988 a Diciembre de 1991.

El control del paciente sometido a cirugía se estableció en las primeras horas postoperatorias, después de ser egresados de la sala de recuperación en el área de quirófanos; posteriormente - a las 24 y 48 hrs de posoperados, se obtiene información por vía telefónica en el domicilio del enfermo, ya sea directamente o a través del familiar adulto responsable, acerca de las condiciones generales y sobre la región anatómica intervenida quirúrgicamente; finalmente la tercer entrevista se lleva a cabo en el consultorio de epidemiología a los 20 días de posoperatorio.

Estos intervalos de tiempo en la revisión fué establecida considerando que dentro del mismo podrían ponerse de manifiesto complicaciones principalmente de tipo infeccioso.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

De los 5,966 pacientes intervenidos, 83 casos (1.39%) presentaron algún tipo de complicación.

Las complicaciones no relacionadas con infección, se presentaron en 52 pacientes (62.6%); la hemorragia se presentó en el -- 36%; en 28 pacientes (33.7%) se detectó infección de la herida quirúrgica; de los anteriores se demostró secreción a través de herida quirúrgica, por reacción al material de sutura (46.5% = 15 pacientes), el grupo restante de 13 pacientes se cultivó -- Estafilococo Aureus en la secreción de herida quirúrgica.

MORTALIDAD

Ocurrieron 3 defunciones (0.05%); dos de ellas en este hospital y otra en la Unidad Hospitalaria de Referencia a la que se trasladó. Las causas fueron :

- Espasmo Bronquial severo en sujeto masculino de 34 años sometido a septoplastía.
- Tromboembolia Pulmonar Masiva, en mujer de 64 años al 3er día posoperatorio de Safenctomía Derecha.
- Toxicidad Cerebral por macrodosis de lidocaína, en mujer de 30 años, en el 9º día posoperatorio de Moplastía de reducción.

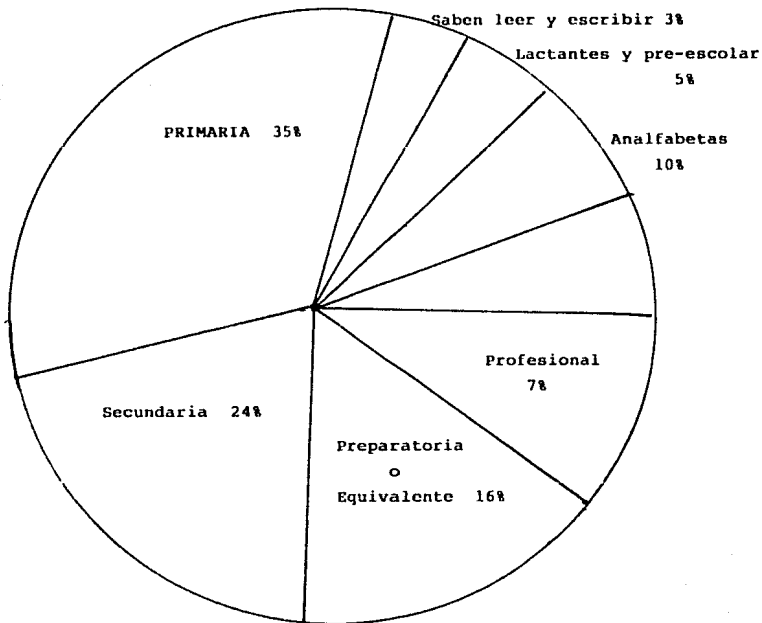
FICHA EPIDEMIOLOGICA

La ficha de registro para seguimiento epidemiológico, reportó - los siguientes datos socioeconómicos :

- En el 86% de los casos, la edad oscila entre los 15 y 64 - años; 11% fueron menores de 15 años; y 3% mayor de 60 años
- El 65% correspondió al sexo femenino y 35% al masculino.
- El analfabetismo se presentó en el 10% de los pacientes mayores de 15 años; 40% tenía estudios máximos de secundaria
- El 64% de los enfermos no cuenta con servicios de agua potable y eliminación de excretas intradomiciliaria.

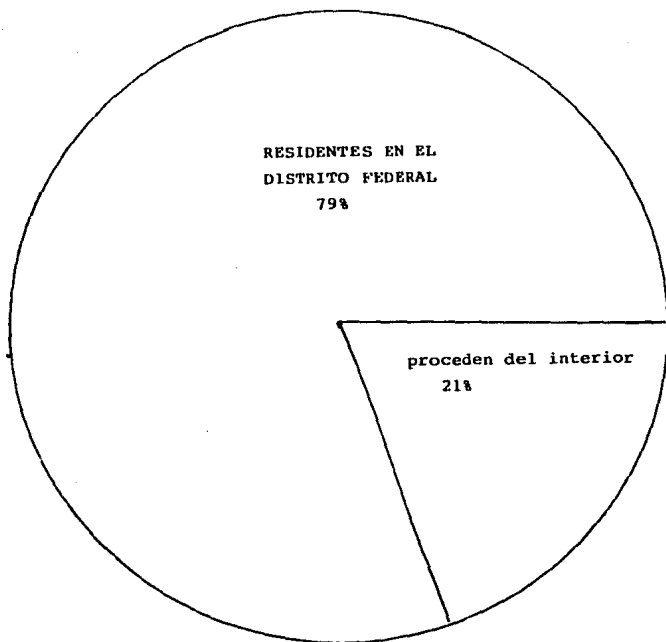
El 79% pertenece al Distrito Federal y área metropolitana, -- El grupo restante procede del interior de la República.

GRADO DE ESCOLARIDAD EN 5,966 PACIENTES



LUGAR DE RESIDENCIA EN 5,966 PACIENTES

1988 a 1991



El interior incluye la zona metropolitana

MORBIMORTALIDAD EN 5,966 CIRUGIAS (1988-1991)



PACIENTES SIN PROBLEMAS

MORBIMORTALIDAD 1.4%

SEGUIMIENTO EPIDEMIOLOGICO

CARACTERISTICAS DE LA MORBILIDAD OCURRIDA

EN 5,966 CIRUGIAS



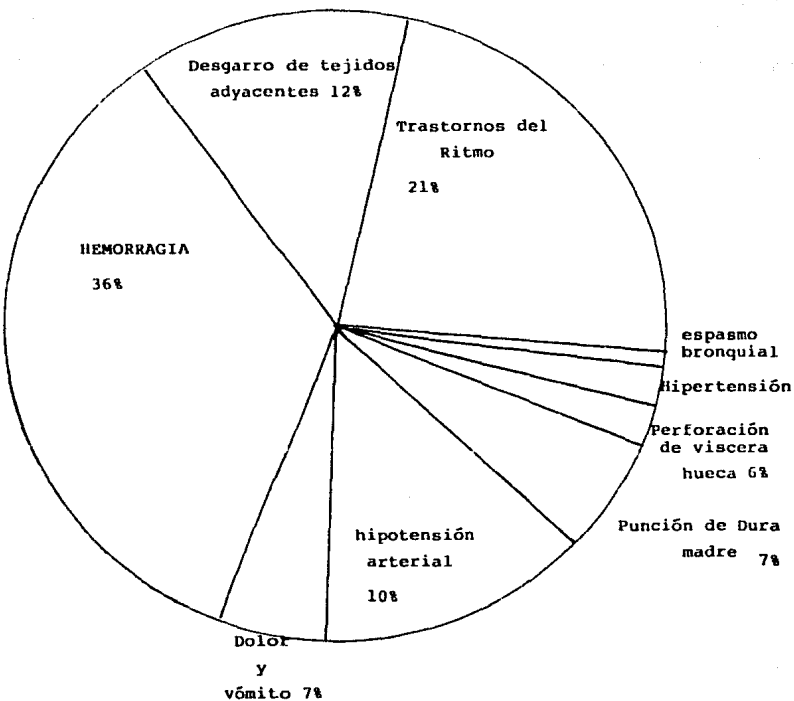
Complicaciones en relación a la hérída = 33.7%

De ellas ,la infección sé presentó en el 53.5%

La reacción al material de sutura en el 46.4%

El grupo restante 62.6% correspondió a casos de morbilidad menor

COMPLICACIONES MENORES EN 52 PACIENTES = 62.6%



D I S C U S I O N

El desarrollo de la Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio en los últimos veinte años, ha motivado el desplazamiento cada vez mayor de procedimientos quirúrgicos de las Unidades Hospitalarias a los Centros de Atención Quirúrgica Ambulatoria.

- Por el refinamiento, crecimiento y difusión de este tipo de asistencia, es aceptado actualmente que beneficia a la población y a las Instituciones de Salud (8,12).

Se calcula que de los más de 20 millones de intervenciones quirúrgicas realizadas anualmente en los Estados Unidos de Norte - América (10,11,13) y de éstas el 40 al 45%, se llevan a cabo -- sin necesidad de hospitalizar al paciente.

Davis (8) pronóstica que para fines de la presente década, ésta tasa se elevará del 60 al 66% como operaciones de Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio (6,8).

Al paso del tiempo, el término de Cirugía de Estancia Breve ha sufrido modificaciones y se le ha conocido bajo los siguientes sinónimos : "Cirugía de Día" ,"Cirugía de Entrada y Salida", -- "Cirugía del Paciente Externo", "Cirugía Ambulatoria" ,"Cirugía de Corta Estancia", etcétera; todas hacen referencia al mismo -- concepto (12,13,20,21,34), sin embargo, nosotros hemos adoptado el término de Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio por considerarlo más explícito además de ser reconocido internacionalmente.

El conocimiento de los tipos de Unidades de Asistencia Quirúrgica para el paciente ambulatorio, las cuales se clasifican con base al sistema de administración, nos brinda la oportunidad de evaluar las ventajas y las desventajas de las mismas, así como la mejor alternativa para el desarrollo de la Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio (6,7,8,21).

- Con base en la Organización del Centro Quirúrgico del Hospital Presbiteriano en Charlotte, Carolina del Norte, el cuál funciona como una Unidad Independiente para el enfermo ambulatorio, y por los resultados obtenidos en el mismo, consideramos a la Unidad Libre o Independiente como prototipo moderno para el desarrollo de éste modelo de asistencia médica (7,8).

En nuestro país, también existen antecedentes sobre éste tipo de cirugía, puesto en marcha desde la década de los sesenta en el Hospital del Niño, D.I.F con buenos resultados.

Sin embargo, es hasta el decenio de los ochentas, cuando la Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio cobra verdadera importancia, primero en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1982), en las ciudades de Monterrey y Guadalajara; posteriormente el I.S.S.S.T.E forma en 1982 su Centro de Cirugía Ambulatoria, -- ambas funcionando como Unidades con Base Hospitalaria .

Corresponde a la Secretaría de Salud en 1988, poner en funcionamiento la Unidad de Cirugía de Estancia Breve del Hospital --- Juárez del Centro, la cuál ocupa el interés del presente trabajo de investigación.

La estructura en organización y planeación, así como el funcionamiento tiene aspectos y características similares a las del Centro Quirúrgico del Hospital Presbiteriano, en Charlotte, E.U.A el cuál como antes se había citado, es reconocida a nivel mundial como prototipo ideal de lo que debe de ser una Unidad Independiente para asistencia quirúrgica.

Sin embargo, el Hospital Juárez del Centro, ha creado un modelo "suigeneris" como Unidad, para el desarrollo de atención médico quirúrgica, motivada por la gran demanda de servicios por parte de la población abierta que continua siendo la más desprotegida (20,21,33,34).

Se han establecido una serie de innovaciones y modalidades en el Hospital que le han dado esta características "suigeneris" -- dentro de ellas se encuentra, la atención y cobertura que brinda el servicio de urgencias en el cuidado del paciente posoperado con estancia hospitalaria de 24 horas o de varios días (Cirugía de No Estancia Breve); la integración de un servicio de Epidemiología a la Unidad de Cirugía que permite medir el Índice de Morbimortalidad a través del seguimiento epidemiológico, y que en un determinado momento de oportunidad de transformar a un grupo de pacientes de la población abierta en población cautiva (21).

- El concepto de Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio que manejamos en la Unidad, difiere completamente a la citada por Davis y Sugioka (10), pues hay procedimientos en donde penetramos cavidades corporales (oclusión tubaria bilateral apertura y exploración del contenido del saco que comunica con la cavidad peritoneal, v.gr en el caso de las hernias.

- Igual que en los Centros Quirúrgicos de Asistencia para el paciente ambulatorio, existen normas para la evaluación quirúrgica, preanestésica, de trabajo social, y epidemiología que junto con un comité de selección, se determina si el paciente es candidato para Cirugía Mayor, o bien se descartan los casos de cirugía innecesaria o que requieren cuidados transoperatorios o posoperatorios en Unidad Hospitalaria de tercer nivel.

De acuerdo con Davis y Sugioka, nosotros también clasificamos a los pacientes ambulatorios, con el sistema dictado por la Sociedad Norteamericana de Anestesiología (A.S.A. American Society - of Anesthesiologists) en I, II, y III (10,16,1,25).

- En la presente revisión establecimos que el promedio de estancia hospitalaria es de 8 hrs (5,445 casos) que correspondió al 91.36% de la Cifra Quirúrgica Global. El período de Observación mínimo es de 24 horas, siendo otra de las modalidades en la Unidad; se aplicó a 521 pacientes (8.73%) y en estos se incluyen algunos casos de Safenectomía Interna, - operación de Caldwell-Luc, plastías vaginales, plastía de pared por eventración posquirúrgica, y todos los casos de operación - cesárea.

Las intervenciones realizadas en la Unidad son efectuadas por - Cirujanos calificados por el consejo de la especialidad correspondiente, lo que brinda excelencia en la atención con una tasa muy baja de Morbimortalidad.

La realización de procedimientos quirúrgicos mayores que se excluyen de la definición de Cirugía de Estancia Breve obedecen a una serie de modalidades establecidas dentro del hospital y en ella ha colaborado el personal médico y paramédico.

El tiempo promedio de estancia hospitalaria para ésta cirugía - es de 3 a 5 días.

Mencionamos las cirugías efectuadas con mayor frecuencia en la Unidad; hacemos la observación que existen tres áreas quirúrgicas básicas: Cirugía General, Gineco-obstetricia, y Cirugía Pediátrica. La participación del Cirujano General dentro de la - Unidad es activa, realizando procedimientos que competen a - otros especialistas, por ejemplo: proctólogos, urólogos, cirujano pediatra, dermatólogos, ortopedista y Gineco-obstetra.

El índice de morbimortalidad , al igual que en otras series es -
baja.

La frecuencia, distribución, tipo de cirugía, estancia hospita-
laria , morbimortalidad lograda en la Unidad de Cirugía de Es -
tancia Breve del Hospital Juárez están acordes con los reporta-
dos en los Centros de Asistencia Quirúrgica para el Paciente --
ambulatorio reconocidos mundialmente.

CONCLUSIONES

En México, la Unidad de Cirugía de Estancia Breve del Hospital-Juárez del Centro, dependiente de la Secretaría de Salud, realiza desde 1988, procedimientos de Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio, como modelo de atención moderna a la población --- abierta.

Partiendo de los conceptos de Unidad Independiente y Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio, se han creado innovaciones de asistencia quirúrgica dentro del hospital que le han dado características "suigeneris", sin modificar el denominador común de las primeras, que son : el beneficio de todos -- los implicados y la reducción de costos.

Definimos a la Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio como -- "Aquella constituida por un grupo de procedimientos quirúrgicos realizados en un individuo sano o con un grado de alteración general en la que puede o no haber penetración de la cavidad abdominal, bajo algún tipo de técnica en anestesia, efectuado por -- cirujanos calificados y con un promedio de estancia hospitalaria de 8 a 24 hrs.

La Cifra Quirúrgica Global en el paciente ambulatorio, en la Unidad de Cirugía obtenida en un período de 43 meses fué de 5,966 intervenciones, que corresponde al 2.54% de la población total consultada (234,419 pacientes).

La evaluación del paciente ambulatorio se basa en la clasificación internacional de la American Society Anesthesiologists (A. S.A.) en I ,II y III.

El procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado en la Unidad fué la septoplastia efectuada por los servicios de Otorrinolaringología y Cirugía Reconstructiva con 1,162 casos, que correspondió al 19.5% de toda la serie.

El mayor número de intervenciones quirúrgicas fué efectuado por el servicio de Cirugía General , con 1,242 operaciones que correspondió al 20.92% de la Cirugía Quirúrgica Global.

La técnica en anestesia más empleada , para la Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio fué el bloqueo peridural con 1,869 casos (32.3%).

El promedio de estancia hospitalaria en el 91.36% fué de 8 hrs. (5,445 casos) y en un 8.73% de 24 horas (521 pacientes).

La morbilidad (1.39%) y mortalidad (0.05%) son bajas y acordes con las reportadas por la literatura mundial y nacional.

Los procedimientos de Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio son efectuados con eficacia y buenos resultados con reducción de costos dentro de la Unidad ,cuando son realizados por Cirujanos calificados.

Las modalidades creadas dentro del hospital, permiten la realización de procedimientos quirúrgicos mayores que requieren en promedio de 3 a 5 días de estancia (582 operaciones).

Con base en los puntos anteriormente enunciados, se demuestra que con los elementos de organización y funcionamiento estructural de la Unidad de Cirugía de Estancia Breve del Hospital --- Juárez del Centro, se realizan los procedimientos más frecuentes en Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio y agregamos que con las características *suigeneris* innovadas dentro del mismo, se efectúan ocasionalmente intervenciones quirúrgicas no consideradas Cirugía de Estancia Breve.

C O M E N T A R I O S

Actualmente una de las preocupaciones de nuestro Sistema Nacional de Salud, es encontrar programas de asistencia médica moderna que permita otorgar a nuestra población excelencia en el binomio Beneficio-Costo.

Con la apertura de la Unidad de Cirugía de Estancia Breve del Hospital Juárez del Centro, por parte de la Secretaría de Salud en 1988, se ha demostrado que representa una buena alternativa para brindar éste tipo de asistencia médica.

El continuo crecimiento en la asistencia de los enfermos que -- acuden a nuestro hospital, ha obligado a establecer modalidades e innovaciones dentro del mismo, que lo han transformado en un hospital "híbrido" o "suigeneris" para el desarrollo de la Cirugía Mayor en el Paciente Ambulatorio.

La productividad obtenida durante los 43 meses revisados, es el resultado del esfuerzo de una comunidad quirúrgica que se ha -- conducido con gran profesionalismo y que ha sabido interpretar la filosofía para lo cuál fué creada la unidad.

La expansión en el número y tipo de procedimientos quirúrgicos para el paciente ambulatorio es un evento que esperamos a corto y su refinamiento obligará al mejoramiento de este tipo de programas y al desarrollo de otras áreas que buscarán como principal objetivo la óptima calidad asistencial de los enfermos.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Alderete JA. Anestesiología Técnico-Práctica. 1978; 2:1203-1206.
- 2.- Alteimer WA, Burke JF. Incidence And Cost Of Infection. Manual On Control Of Infection. Surgical Patient. 1986; 145-152.
- 3.- Armitage EN, Hoeat JM, Long FW. A Day Surgery Programme For -- Children Incorporating Anaesthetic Outpatient Clinic. Lancet. 1975; 2:21.
- 4.- Bartlett MK. The Role Of Surgery In the United States. Development And Prospects. J Ambulatory Care Management. 1980; 4:109.
- 5.- Bartlett MK. The Role Of Surgery On Ambulatory Patients In - One Teaching Hospital. Arch Surgery. 1979; 114:319-210.
- 6.- Burns LA, Ferber MS. Ambulatory Surgery in The United States. J. Ambulatory Care Management. 1981; 4:1.
- 7.- Burns LA. Planeación Empresarial En Servicios de Cirugía Am bulatoria. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Ed. Interame- americana. 1987; 4:1.
- 8.- Davis JE. Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria. Clínicas Qui- rúrgicas De Norteamérica. Ed. Interamericana. 1984; 4:685-708.
- 9.- Davis JE .The Need to Redefine Levels Of Surgical Care. The Journal Of The American Medical Association. 1984; 19; 251:--- 2527-2528.
- 10.- Davis JE, Sugioka K. Selección de Pacientes en Cirugía Mayor. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Ed. Interamericana. 1987; 4:737-778.
- 11.- Davis JE, Sugioka K. Cirugía General en el Paciente Ambulato- torio. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Ed. Interamerica- na. 1987; 4:749-778.
- 12.- Davis JE. Ambulatory Surgical Care. Basic Concept And Review Of 1000 Patients Surgery. 1973; 73:483-485.
- 13.- Davis JE. The Ambulatory Surgical Unit. American Surgery. 1972; 175:856-859.
- 14.- Davidson A. Postoperative Wound Infections. Br J Surg. 1971; 333: 58-63.
- 15.- De Mucha. Cirugía Ambulatoria. Salud Pública de México. 1986; 28: 271-276.

- 16.- Detmer DE.Ambulatory Surgery.Surg Clin North Am.1982;62:691-710.
- 17.- Detmer DE.Cirugía En Pacientes Ambulatorios.Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica.Ed.Interamericana.1982;4:685-704.
- 18.- Fontaine S.Marketing Concepts.Same Day Surgery.1980;4:109.
- 19.- Getman PM.Cirugía En Epoca de Recursos Limitados.Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica.Ed.Interamericana.1982;4:787-799.
- 20.- Giron MJ.La Autocensura del Cirujano en la Cirugía Selectiva deCorta Estancia.Cirugía y Cirujanos.Academia Mexicana de Cirugía.1989;58:64-65.
- 21.- Girón MJ,Rojas ECA.La Cirugía de Estancia Breve en el Hospital-Juárez del Centro,1991 .
- 22.- Howard R.Infecciones Nosocomiales en los Pacientes Quirúrgicos 1982;2:35;56.
- 23.- Lo Gerfo J.Influencias de Organización y Económicas Sobre Los Modelos De Asistencia Quirúrgica a la Salud.Clínicas - Quirúrgicas de Norteamérica.Ed.Interamericana.1982;4:681-690.
- 24.- Jones SEF,Smith BA.Anesthetic For Pediatric Day Surgery.J Pediatric Surg.1980;15:31.
- 25.- Mier y Terán.Anestesia y Cirugía Ambulatoria .Coloquios Anestesiólogo.Pharma.1989.
- 26.- Natof HE.Complications Associated With Ambulatory Surgery. JAMA.1980;244:1116.
- 27.- O.Donovan THC.Hospital Ambulatory Unit.SW Ambulatory Anesthesia. Care Intern Anesthesia Clin;1982.
- 28.- Norris W,Campbell A.Anestesi Para El Paciente Externo. Anestesia Reanimación y Cuidados Intensivos.Ed.El Manual Moderno. 1978.
- 29.-Patterson JF.Ambulatory Surgery in a University Setting.JAMA.1976; 235:266-268.
- 30.- Personell As A Specisal Problem In Cross Cotamination In The - Operating Room.American College Of Surgeons.Washington.1971;8-9.
- 31.- Putnam LP.Oupatient Anesthesia At The Ambulatory Surgery Center. Journal Outaptient Surgery.1978.

- 32.- Rubey TM.Organizaciónde un Programa de Cirugía Mayor.Clínicas-Quirúrgicas de Norteamérica.Ed.Interamericana.1987;4:709-724.
- 33.- Velasco SM,Girón MJ.Medicina Integral y Cirugía de estancia Breve en el Hospital Juárez del Centro.V Jornadas Médico-Quirúrgicas. 1989;56.
- 34.- Félix PC.Manual de Cirugía de Corta estancia en el ISSSTE;1982.
- 35.- Libros de Productividad Quirúrgica,1988,1989,1990,1991,Unidad de Cirugía de Cirugía de estancia breve,hospital Juárez del -- Centro.S.S..