

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PARA TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA
ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL
HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

DRA. ANDRES AMBROSIO VAZQUEZ JUAREZ

PARA OBTENER DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

MÉXICO, D.F. 30 DE OCTUBRE 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

DR OSCAR TREJO SOLÓRZANO
COORDINADINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACIÓN

DR GUILLERMO MIJARES CRUZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR JOSÉ GUADALUPE SEVILLA FLORES
ASESOR DE TESIS

DR JOSÉ GUADALUPE SEVILLA FLORES
VOCAL DE INVESTIGACIÓN

M. en C. HILDA RODRÍGUEZ ORTIZ
JEFE DE INVESTIGACIÓN

DR JULIO CESAR DIAZ BECERRA
JEFE DE ENSEÑANZA

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanos...
Por su apoyo a mi educación.
Y permitirme llegar a este sitio

A mis hijos, motivo de superación
Por haberme permitido robarles parte
De su tiempo

A Cecilia, mi esposa por su apoyo y su dedicación
En toda esta trayectoria

A mi maestro y profesor, Dr. José Guadalupe Sevilla Flores
Por su apoyo incondicional, su apoyo como medico, maestro
Y amigo, pero principalmente por su amistad

ÍNDICE

	Pág.
Agradecimientos	3
Resumen	4
Summary	5
Introducción	6
Material Y Métodos	9
Resultados	10
Cuadros	11
Gráficas	15
Discusión	23
Conclusiones	25
Bibliografía	26

UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA: ANALISIS DE LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO ADOLFO LOPEZ MATEOS

INTRODUCCIÓN

La unidad de cirugía ambulatoria (UCA) es un concepto que se desarrollo a partir del año de 1960, siendo manejado el concepto y objetivo por Mc Gregor en 1960, Liker en 1961, , Blake y Mauton en 1964, Odiome en 1965, Herzerg en 1968 y Degan en 1977, quienes fundamentaron los conceptos de área en los preceptos básicos y fundamentales para producir un servicio (1), enfatizando el concepto y los factores fundamentales que se requieren en cuanto a calidad, financiamiento, personal y manejo, así mismo como una evaluación e identificación de problemas del área, y las intervenciones adecuadas necesarias para corregir el problema.

La unidad de cirugía ambulatoria es una extensión del un hospital con múltiples especialidades quirúrgicas que ofrecen un grupo de médicos con la finalidad de dar un servicio de calidad a los pacientes (2), es un servicio en formación donde se registran avances, sucesos y problemáticas que se presentan, basándose como guía el costo-beneficio que se ofrece a los pacientes (3), debiendo realizarse una adecuada solución a la problemática que se presenta día con día para beneficio tanto del paciente como de la institución que ofrece el servicio.

La unidad de cirugía ambulatoria debe ser desarrollada por un grupo de médicos determinado, así mismo debe contar con un área especifica, valorando los costos, área local, financiamiento, demografía de la población identificada previamente, objetivos particulares, estructura de la organización y el proyecto, los cuales son elementales para desarrollar este tipo de unidades (4)

Existe una reglamentación que debe de cumplir para un buen funcionamiento, esto incluye una administración legal que valora el poder, derechos y obligaciones del equipo de trabajo y los pacientes (5)

En Estados Unidos existe la sociedad americana de consultantes de unidades de cuidados ambulatorios, la cual lleva a cabo revisiones detectando las áreas o focos vulnerables, tratando de definir los problemas y las posibles respuestas, aplicando una “compliance corporativa”, donde el personal efectúa la reducción de los costos, delimita quien debe ejecutar la responsabilidad en un departamento de asistencia donde juega un papel de director que se requiere en una corporación o centro de este tipo por los consultantes médicos; La organización, estructura y programas son independientes de cada centro, pero deben regirse bajo una misma norma (6)

El desarrollo de una unidad de cirugía ambulatoria involucra una serie de aspectos para la creación de un centro quirúrgico considerando primero, una

estructuración de los costos de construcción, de adquisición y equipamiento, cumplimiento de la regulación estatal y local.

La unidad de cirugía ambulatoria puede incluir varias especialidades y subespecialidades medicas para brindar un mayor y mejor servicio a la población derechohabiente, en el caso particular se ofrecen los servicios de cirugía general, oftalmología, otorrinolaringología, ortopedia y traumatología, cirugía pediátrica, coló proctología, cirugía maxilofacial, urología, odontopediatria, clínica del dolor y apoyo a estudios radiográficos en pacientes pediátricos como son las tomografía (7)

Se debe cumplir. Con cierta estructura para un buen cuidado posquirúrgico el cual se complementa en casa con índices bajos de complicaciones, esto se define sobre la base de las cualidades relativas de la instalación, del cirujano y del paciente; Las listas de operaciones ambulatorias caducan con rapidez simplemente porque excluye algunas intervenciones que un breve tiempo se convierten en rutinarias, como un ejemplo se menciona que en 1986 no se hospitalizaba a un paciente para extracción de catarata pero sí para una colecistectomía: Hoy en día en algunos centros esta cirugía se practica en forma ambulatoria vía laparoscopia, en individuos sanos y que el paciente viva cerca del centro hospitalario(8)

La duración de la cirugía no es criterio para intervenciones ambulatorias, con la salvedad de que procedimientos quirúrgicos prolongados deben realizarse en las primeras horas del día, la necesidad de transfusión tampoco representa una contraindicación para el procedimiento, sin embargo esto se deja a criterio del cirujano(9)

La cirugía ambulatoria no se restringe a pacientes con estados físico clasificados como ASA I y II, existen centros donde también son candidatos apropiados las personas con estado físico ASA III y IV, estos últimos bajo ciertas circunstancias, ya que se ha demostrado que en hospitales escuela fueron mas frecuentes las complicaciones perioperatorios relacionadas con la operación que las vinculadas con problemas médicos preexistentes; Sin embargo una enfermedad medica preexistente es un factor para dificultades transoperatorias y complicaciones postoperatorias(10)

Los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos en forma ambulatoria deben ser acompañados de alguna persona que los traslade de regreso a su casa y que permanezca con ellos para sus cuidados postoperatorios; los pacientes que se someten a ciertos procedimientos como colecistectomía laparoscopica o RTUP se recomienda que vivan cerca de las instalaciones del centro de cirugía ambulatoria, dado que las complicaciones postoperatorias exigen una rápida y eficiente reintervención en caso de ser necesario (11)

La experiencia en centros de cirugía ambulatoria en países como Estados Unidos se basa en estudios de 10 años en promedio, basándose sobre especialidades como cirugía plástica, cirugía gastroenterológica, oftalmología, lo que ha permitido crear y desarrollar múltiples opciones para la consolidación de un estado real lo que ha permitido funcionalidad, eficiencia, alta calidad de atención, disminución de costos y sobre todo generar un buen desarrollo de la unidad de cirugía ambulatoria, las cuales son las características esenciales de estos centros.

En México uno de los centros de cirugía ambulatoria en forma institucional con mayor experiencia es el Centro de Cirugía Ambulatoria que se encuentra ubicado en un anexo al Hospital Regional Primero de Octubre del I.S.S.S.T.E.

El centro de cirugía ambulatoria del HRLALM inicio su funcionamiento en septiembre de 1997, a partir de esta fecha la unidad ha sido reconocido como una forma de agilizar el manejo de los pacientes que se encuentran dentro de rangos de "normalidad" para facilitar la programación e intervención quirúrgica con las ventajas de que el paciente se opera sin necesidad de ingresarse a hospitalización, permanece en el hospital por corto tiempo, requiere una cama no censable de en el postoperatorio inmediato.

La importancia del estudio determinar las ventajas que tiene la unidad de cirugía ambulatoria en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos en cuanto a productividad quirúrgica, así mismo reconocer la morbimortalidad con relación a cirugías realizadas en forma ambulatoria e identificar la funcionalidad de esta unidad dentro de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Previa aceptación del protocolo por el Comité Local de Investigación del HRLALM del I.S.S.S.T.E. Se recopiló información de pacientes del servicio de Cirugía General sometidos a intervención quirúrgica utilizando los servicios de la Unidad de Cirugía Ambulatoria, comprendidos de septiembre de 1997 a junio del 2000, se revisaron 410 expedientes de pacientes del servicio.

Se determinaron las características de la población sometida a procedimientos quirúrgicos, tales como sexo, edad, tipo de cirugía, técnica anestésica utilizada, complicaciones postoperatorias, utilización de prótesis, tiempo anestésico quirúrgico y la necesidad de reintervención y/u hospitalización.

Se realizó estudio de tipo retrospectivo y longitudinal, tomando como grupo de estudio todo los pacientes de cirugía general programados por cirugía ambulatoria, tomando como criterios de admisión: autorización de la cirugía, aceptación del manejo en la unidad de cirugía ambulatoria, mayor de 16 años y ser pacientes del servicio de cirugía general. Los criterios de eliminación fueron pacientes con antecedentes de drogadicción, alcoholismo, administración crónica de corticosteroides, antecedentes de epilepsia o crisis convulsivas, pacientes con trastornos psiquiátricos y pacientes bajo tratamiento con anticoagulantes.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 410 expedientes de pacientes de cirugía general sometidos a cirugía programada por la unidad de cirugía ambulatoria de julio de 1997 a junio del 2000, obteniéndose los siguientes resultados

Del total de pacientes del servicio de cirugía general programados en la unidad los resultados muestra que 201 (49.02%) pertenecen al sexo femenino y 209 (50.97%) del sexo masculino, con un rango de edad de 16 años a 88 años, con promedio de edad de 47 años, con una media y mediana en los 50 años. (Cuadro 1, grafica1)

Los procedimientos quirúrgicos se realizaron en forma predominante en la tercera, cuarta y quinta década de la vida con porcentajes de 23.17%, 26.58% y de 20.73 % respectivamente, los grupos se dividieron en rangos establecidos en bioestadística demostrando que los grupos mas afectados son los adultos jóvenes y adultos maduros quienes se encuentran dentro de la población económicamente activa. (Cuadro 2, gráfica 2)

Los diagnósticos con los que se sometieron a procedimientos quirúrgicos el total de pacientes fueron, en 199 se realizaron hernia inguinal (48.53%), hernia umbilical en 125 pacientes (30.48%), hernia de pared las cuales incluyen la epigastrica 17 pacientes (4.13%), lipomas en 22 pacientes (5.36%), 25 pacientes (6.07%) fueron sometidos a procedimientos diversos, los cuales incluyen granulomas, ginecomastias, quistes sebáceos, diastasis de rectos, quiste pilonidal, uraco permeable, cierre de herida quirúrgica, estudios endoscópicos. (Cuadro 3, grafica 3)

En cuanto a la técnica quirúrgica en la reparación del canal inguinal se identifico la siguiente preferencia de reparación; reparación de MC Vay 105 pacientes (52.76%), plastia con utilización de prótesis (malla de polipropileno) 67 pacientes (33.66%) como tendencias principales, sin embargo se realizan plastias del tipo Shouldice, Mercy, ocasionalmente Bassini. (Cuadro 4, gráfica 4)

Las técnicas anestésicas más utilizadas son la regional en 315 pacientes (76.80%), la anestesia local en 72 pacientes (17.56%) y la general en 23 pacientes (5.60%) (Cuadro 5, gráfica 5)

En cuanto al tiempo anestésico quirúrgico, estos tuvieron una variabilidad de 10 minutos hasta 300 minutos, con promedio de 72 minutos anestésico-quirúrgico por cirugía, con un predominio de los tiempos quirúrgicos de 60 minutos, distribuidos en rangos los tiempos quirúrgicos muestran predominio de una duración de 30-60 minutos 158 procedimientos (38.53%), y de 60-90 minutos 138 procedimientos (33.65%) (Cuadro 6, gráfica 6)

De los pacientes sometidos a cirugía, solamente 10 de ellos (1.70%) sufrieron algún tipo de complicaciones, las principales fueron colocación de drenajes 2 pacientes, punción de duramadre, retención aguda de orina, causas técnicas, hematoma, sangrado, (cuadro7, gráfica 7)

Se encontraron cuatro pacientes suspendidos de tratamiento quirúrgico por cirugía ambulatoria los cuales representan el 0.97% del total de pacientes. Siendo las causas de suspensión. Hipertensión arterial mal controlada, fibrilación auricular, infección de vías respiratorias superiores y causas técnicas. (Cuadro 8, gráfica 8)

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN POR SEXO EN PACIENTES DE CIRUGÍA AMBULATORIA		
HOMBRE	209	49.02%
MUJER	201	50.97%
TOTAL	410	100%

CUADRO 2

PORCENTAJE POR EDAD DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	
10-19 años	3.17
20-29 años	7.31
30-39 años	23.17
40-49 años	26.58
50-59 años	20.73
60-69 años	11.46
70-79 años	6.09
80-89 años	1.46
Total	100%

CUADRO 3

DISTRIBUCIÓN DE CIRUGÍAS Y PORCENTAJES EN PACIENTES DE UCA		
Hernia inguinal	199	48.53
Hernia umbilical	125	30.48
Hernia epigástrica	12	2.92
Hernia de pared	5	1.21
Hernia postincisional	22	5.36
Granuloma	8	1.95
Lipoma	22	5.36
Ginecomastia	3	0.73
Quiste sebáceo	3	0.73
Diastasis de rectos	6	1.46
Quiste pilonidal	1	0.24
Uraco permeable	1	0.24
Endoscopia	1	0.24
Cierre herida	1	0.24
CPRE diagnostica	1	0.24
Total	410	100

CUADRO 4

TÉCNICA DE REPACIÓN DE HERNIA INGUINAL

Shouldice	24
Mc Vay	105
Bassini	1

Prótesis	67
Mercy	2
Combinación	1
Total	199

CUADRO 5
TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA EN CIRUGÍA AMBULATORIA

Anestesia local	72	17.56	
Anestesia regional	315	76.80	
Anestesia general balanceada	23	5.60	
Total	410	100	

CUADRO 6

DISTRIBUCIÓN DE TIEMPO QUIRÚRGICO Y PORCENTAJE

Menos 30 minutos	38	9.26
30-60 minutos	158	38.53
60-90 minutos	138	33.65
90-120 minutos	68	16.58
mas 120 minutos	8	1.95
total	410	100%

CUADRO 7

CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES DE UCA

Motivo	casos	porcentaje
Drenajes	2	20
Punción	2	20
Retención aguda de orina	1	10
Enfermedad de Adisson	1	10
Sangrado	1	10
Hematoma	1	10
Cirugía prolongada	2	20
total	10	100

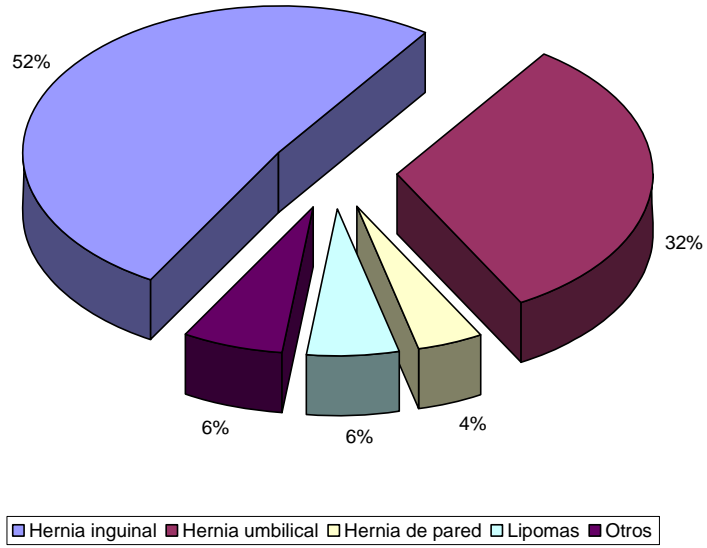
CUADRO 8

CAUSAS Y NÚMERO DE CASOS DE DIFERIMIENTO DE CIRUGÍA

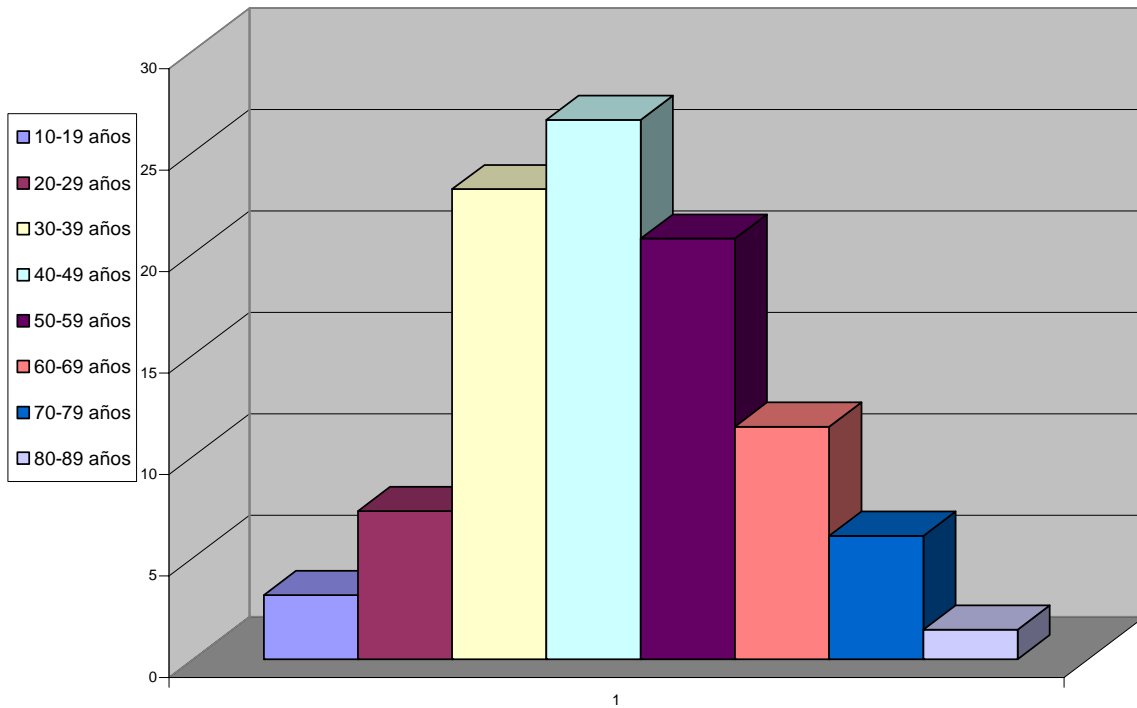
Hipertensión	1
Fibrilación auricular	1
Infección de vías respiratorias altas	1
Causas técnicas	1
Total	4

4

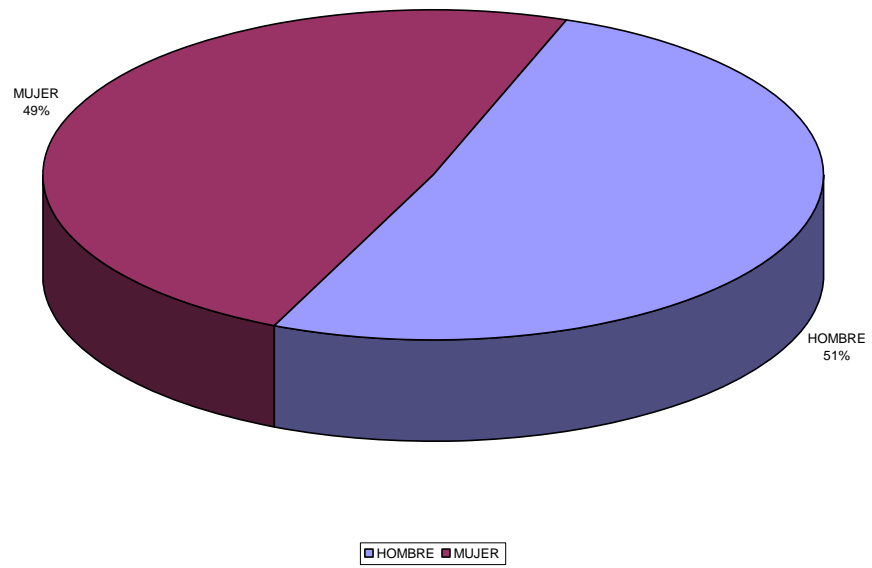
TIPOS DE CIRUGIAS REALIZADAS EN UCA



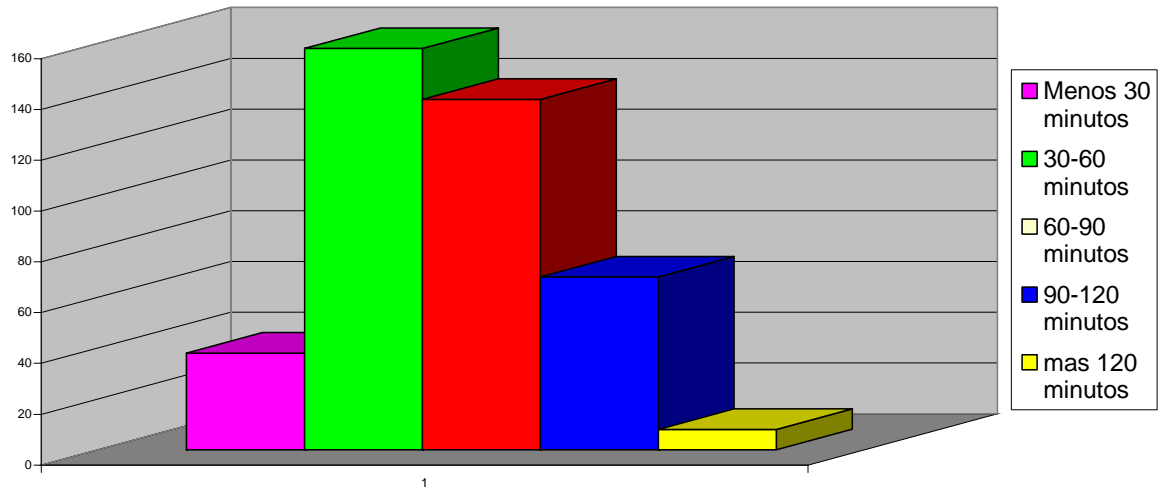
PORCENTAJE POR EDAD EN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS



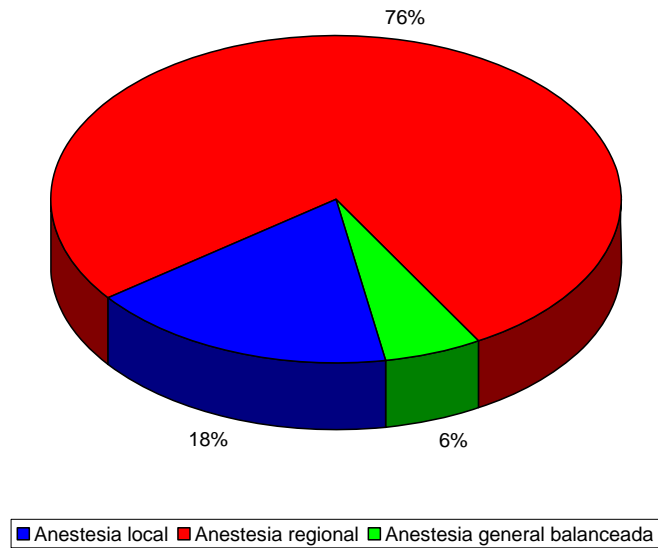
DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES DE UCA



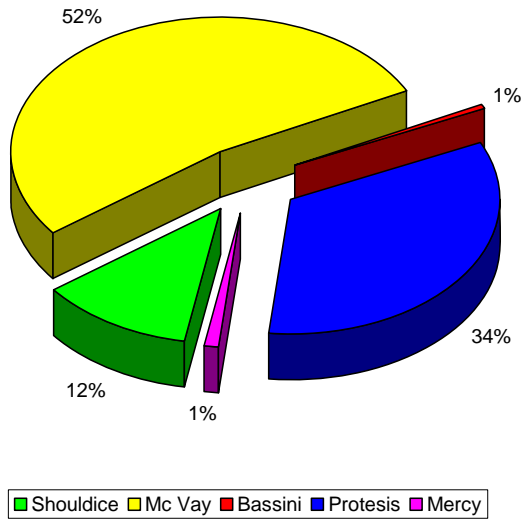
DISTRIBUCION DE TIEMPOS QUIRURGICOS EN PACIENTES DE UCA



TECNICA ANESTESICA UTILIZADA EN PACIENTES DE UCA

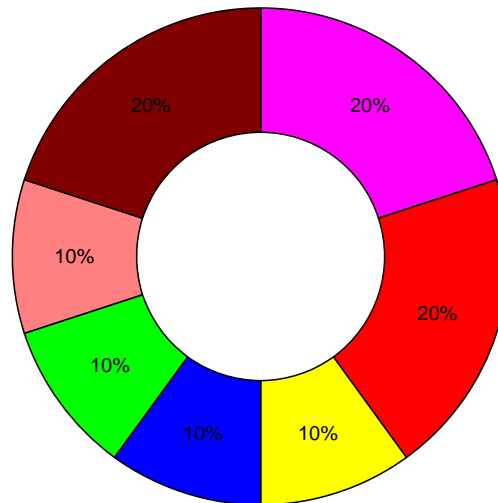


TECNICAS DE REPARACION DE HERNIA INGUINAL

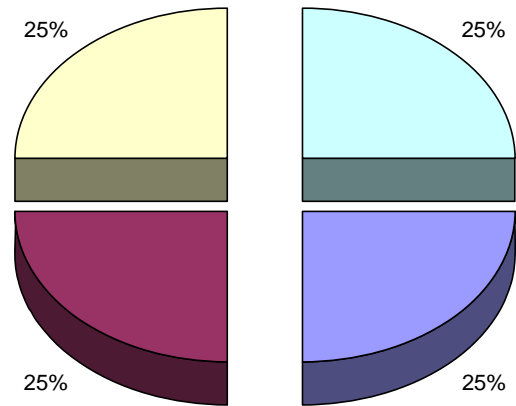


CAUSAS DE HOSPITALIZACION EN PACIENTES DE UCA

- Drenajes
- Puncion
- Retencion aguda de orina
- Enfermedad de Adisson
- Sangrado
- Hematoma
- Cirugia prolongada



CAUSAS DE DIFERIMIENTO DE CIRUGIA EN UCA



■ Hipertension ■ Fibrilacion auricular ■ Infeccion de vias respiratorias altas ■ Causas tecnicas

DISCUSIÓN

Del total de procedimientos realizados mediante la unidad de cirugía ambulatoria, el servicio de cirugía general ocupa el tercer lugar en cuanto a utilización de los servicios de la unidad en el último año, mostrando la siguiente tendencia en el último año.

PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA UCA

Oftalmología	33.15
Otorrinolaringología	26.04
Cirugía General	18.89
Cirugía Pediátrica	7.02
Urología	2.83
Ortopedia	5.82
Otras	4.6
Total	100

Dada la importancia de la unidad de cirugía ambulatoria y el servicio de cirugía general quien además de realizar un porcentaje significativo de la cirugía ambulatoria y la cirugía general programada en forma hospitalaria, esto ha permitido actualmente disminuir la relación entre el tiempo de espera de la cirugía hospitalaria en el servicio, al no utilizarse recursos necesarios de hospitalización hacia pacientes que pueden ser sometidos a cirugía ambulatoria; siempre tomando en cuenta las características clínicas del paciente y las condiciones de salud del mismo, así como su convencimiento para la realización de este tipo de manejo.

Es prioritario realizar labor de entendimiento de las características de la unidad de cirugía ambulatoria y su manejo al paciente para que pueda discernir entre las ventajas y desventajas de la misma y al ingresar a la unidad estar convencido totalmente de la cirugía a realizarse y su manejo en su domicilio en forma temprana, obteniendo con ello mayor calidad y calidez en su atención.

La Unidad de Cirugía Ambulatoria es una extensión del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos que permite a los servicios médicos que tienen relación con la cirugía realizar procedimientos quirúrgicos en pacientes que pueden egresarse el mismo día sin menoscabo de su calidad y calidez de atención.

La unidad de cirugía ambulatoria ha permitido disminuir los tiempos de programación de quirófanos a pacientes que requieren hospitalización, así mismo permite que el paciente intervenido quirúrgicamente mediante la unidad de cirugía ambulatoria se egrese a su casa en un lapso de tiempo corto y con ello disminuya las posibilidades de infección agregada, permitiendo además que se reintegre en menor tiempo a sus ocupaciones habituales

CONCLUSIONES

La unidad de cirugía ambulatoria (UCA), es un servicio que ha evolucionado de acuerdo a las características de la población, las necesidades de esta y la problemática de salud existente; permitiendo con ello realizar la programación de pacientes en un ámbito de calidad total en cada cirugía.

La unidad de cirugía ambulatoria ha permitido la programación de cirugías en un lapso de tiempo menor en comparación con la programación realizada mediante hospitalización sin que con ello exista detrimento en la calidad de atención al derechohabiente y con la ventaja de disminuir los egresos día-hospitalización

En la cirugía general es posible aumentar el porcentaje de productividad en la unidad de cirugía ambulatoria en la medida que los cirujanos valoren la calidad de este servicio y el paciente acepte el manejo en forma ambulatoria.

Considerando las necesidades de la unidad de cirugía ambulatoria y aunque esta no se encuentra considerada dentro de un hospital de tercer nivel como es el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, la unidad debería de contar con un servicio propio de quirófanos y de recuperación desligados del quirófano central con el fin de permitir agilizar los procedimientos quirúrgicos en pacientes que requieren hospitalización y con ello disminuir los egresos por día-cama.

La unidad de cirugía ambulatoria en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos ha demostrado que es posible su funcionalidad dentro de un hospital de tercer nivel, realizando con ello una atención de calidad y calidez hacia el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. - Vandam LD: A history of ambulatory anesthesia. *Anesth Clin Nort Am* 5:1, 1987
2. - White P Anaesthesia for day surgery: past, present and future. *Curr anaesth Crit care*: 1994; 5: 123-6
3. - Implications of outpatient surgery growth. *OR Manager*, September 1993, p 24
4. - Herderson JA: implications of outpatient's surgery growth. *R Manager*, September 1993, p 24
5. - Meridy HW: criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines for Anesthetic management: A retrospective study of 1553 cases. *Anesth analg* 61: 921, 1982
6. - Lammers PK, Palmer PN: surgeons discuss ambulatory surgery, legislative concerns, danger of transfusions, surgical advances. *AORN J* 5316, 1991
7. -Phillip BK: patients assessments of ambulatory anesthesia and surgery. *J Clin Anesth* 4:355,1992
8. - Barash, Cullen. *Anestesia Clinica*, Mc Graw Hill, Interamericana, Vol. II, Tercera Edición, Pág. 1337
9. - Korttila K Recover from out patient anaesthesia; factors affecting outcome *Anesthesia*: 1995;(suplem): 22-8
10. - Barash, Cullen. *Anestesia Clinica*, Mc Graw Hill, Interamericana, Vol. II, Tercera Edición, Pág. 1338
11. -Gold, B. S; et al. Unanticipated admission to the hospital following ambulatory surgery *JAMA* 262:3008, 1989