

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"  
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
LICENCIA SANITARIA NO. 13 AM 09 005 015  
SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA

**TRABAJO RECEPCIONAL**

**"CIRUGÍA AMBULATORIA PROCTOLÓGICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN CENTRO DE REFERENCIA"**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
MÉDICO ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA

PRESENTA:  
ATENA GUTIÉRREZ PÉREZ

DIRECTOR:  
DR. BILLY JIMENEZ BOBADILLA

ASESOR:  
DR. JUAN ANTONIO VILLANUEVA HERRERO

CDMX, FEBRERO DEL 2019



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.

*Erguido bajo el golpe en la porfía,  
me siento superior a la victoria.  
Tengo fe en mí: la adversidad podría  
quitarme el triunfo, pero no la gloria.*

*¡Deja que me persigan los abyectos!  
¡Quiero atraer la envidia, aunque me abrume!  
La flor en que se posan los insectos  
es rica de matiz y de perfume.*

*A Gloria- Salvador Díaz Mirón.*

*A Saory.  
El motor de mi vida*

## AGRADECIMIENTOS

Por encima de todo, y con todo el amor de mi alma, gracias a mi familia y amigos por estar incondicionalmente conmigo durante estos años, sin ustedes este sueño no habría sido tangible.

Gracias al amor de mi vida: mi hija Saory, por ser mi motor y ser mi todo, gracias por la paciencia y comprensión de estar lejos.

Gracias Mamá y Papá, porque me ayudaron a crecer como persona y me hicieron la mujer que soy ahora, dándome la fuerza para nunca rendirme y alcanzar mis sueños sin importar las adversidades, nunca podré pagarles todo lo que han hecho por mí, los amo.

Gracias Dafne, Danae y Felipe los hermanos más geniales que pude imaginar, por su amor, motivación y aliento durante toda mi vida.

Gracias a mis amigos, a los que ya no están y a los que vendrán, esto no sería lo mismo sin ustedes, gracias infinitas por todo, los quiero con todo mi corazón.

Gracias Dios. Gracias Totales.

## ÍNDICE

### Contenido

<b>3. RESUMEN .....</b>	<b>5</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO / ANTECEDENTES .....</b>	<b>7</b>
<b>5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>14</b>
<b>6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>7. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>16</b>
<b>8. OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
➤ OBJETIVO GENERAL:.....	17
➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	17
<b>9. METODOLOGÍA .....</b>	<b>18</b>
➤ DISEÑO DE ESTUDIO.....	18
➤ OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	18
➤ UNIVERSO DE TRABAJO.....	20
➤ MUESTRA .....	20
<i>Criterios de inclusión:</i> .....	20
<i>Criterios de exclusión:</i> .....	20
<i>Criterio de eliminación:</i> .....	20
➤ INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN .....	20
➤ DESARROLLO DEL PROYECTO.....	21
➤ LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO .....	21
➤ CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	21
➤ DISEÑO DE ANÁLISIS.....	21
<b>10. IMPLICACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>22</b>
<b>11. RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>12. DISCUSIÓN .....</b>	<b>31</b>
<b>13. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>35</b>
<b>14. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>36</b>
<b>15. ANEXOS .....</b>	<b>38</b>

### 3. RESUMEN

**Introducción:** La cirugía ambulatoria se realiza en forma cotidiana a nivel mundial y en nuestros sistemas de salud con cerca del 70% de los procedimientos electivos, con 90% reportado para los padecimientos proctológicos y el número continúa subiendo a un ritmo rápido con más de 35 millones de procedimientos ambulatorios realizados anualmente en los Estados Unidos, esto sin afectar la seguridad de nuestros pacientes o el éxito de la cirugía, al contrario ofrece las grandes ventajas de la cirugía ambulatoria que son: la rápida reintegración familiar y laboral, la optimización de recursos hospitalarios, la disponibilidad de servicios de internamiento y en la mayoría de los casos con mejores resultados que la hospitalización tradicional.

**Objetivo:** Describir la experiencia en cirugía ambulatoria proctológica en la unidad de corta estancia en la Torre Quirúrgica del Hospital General de México a un año de su apertura en Junio del 2016 a Junio del 2017.

**Hipótesis:** La cirugía ambulatoria proctológica es un procedimiento frecuente con adecuada seguridad en centros especializados con bajo porcentaje de hospitalización no anticipada y reingresos hospitalarios.

**Materiales y Métodos:** Estudio serie de casos retrospectivo transversal y analítico de pacientes con diagnóstico de enfermedades proctológicas que se sometieron a cirugía ambulatoria de manera programada con expediente clínico completo en el periodo comprendido de Junio del 2016 a Junio del 2017 en la unidad de corta estancia de la Torre quirúrgica del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Cd Mx. Todas las variables incluidas edad, sexo, enfermedad proctológica, procedimiento quirúrgico realizado, hospitalización no anticipada y reingreso hospitalario, fueron analizadas estadísticamente con el sistema SPSS Statistics 19<sup>(r)</sup> con medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados: Se incluyeron un total de 377 pacientes, 238 Hombres 139 Mujeres, con promedio de edad 41.36 +/- 13.29 años. La cirugía más frecuentemente realizada fue la fistulotomía con un 39%, solamente 2 (0.5%) pacientes requirieron hospitalización no anticipada después de la cirugía, 1 por sangrado y otro por vigilancia al requerir anestesia general de emergencia. Con 0% de mortalidad y 1.1% de reingresos, con sangrado como principal causa.

Conclusión: El manejo ambulatorio de los pacientes con afectaciones proctológicas en nuestro hospital demuestra ser un procedimiento habitual y cada vez más frecuente, con alta satisfacción de pacientes y con un bajo porcentaje de hospitalización no anticipada, complicaciones postquirúrgicas y reingresos acorde a las metas establecidas a nivel mundial.

Palabras clave: cirugía ambulatoria, procedimientos electivos, enfermedades proctológicas.

#### 4. MARCO TEÓRICO / ANTECEDENTES

La cirugía ambulatoria (CA) se define como aquellos procedimientos quirúrgicos electivos, en que la admisión, la cirugía y el alta del paciente ocurren el mismo día, lo que requiere una cuidadosa selección de pacientes y de cirugías a realizar. [1]

El redescubrimiento, la mejora y la ampliación de los sectores ambulatorios sólo se produjo durante estas últimas cuatro décadas, más precisamente, a partir de 1961, cuando se creó el primer programa moderno de cirugía ambulatoria en Michigan (EE.UU.). Otros dos grandes centros, uno en la Universidad de California (Los Ángeles) y el otro en Phoenix (Arizona), Estados Unidos, siguieron esta tendencia. Los buenos resultados logrados por estos centros, estimularon el interés de otros hospitales en todo el mundo. [2]

En países desarrollados los procedimientos quirúrgicos ambulatorios representan sobre el 70% del total de cirugías electivas con tendencia al aumento, ya que permite combinar la satisfacción de los pacientes con las políticas de ahorro institucionales. Cada vez es más importante para una gestión hospitalaria moderna el disminuir costos y las listas de espera. Con los avances en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, se ha permitido que un número creciente de pacientes y/o procedimientos más complejos sean hoy considerados para CA. [3]

Se estima que el 90% de los casos anorrectales son adecuados para la cirugía ambulatoria, incluyendo condilomas, fisura, absceso, fístula, hemorroides, enfermedad pilonidal y algunos tumores. Estos procedimientos se consideran como cirugía de bajo riesgo y los pacientes pueden esperar ser dados de alta a su hogar de manera segura y cómoda el mismo día. Sin embargo, el cirujano debe considerar las expectativas individuales del paciente, el nivel de comodidad y las comorbilidades potencialmente complicables antes de decidir sobre un entorno ambulatorio. [4]

La Asociación Internacional de Cirugía Ambulatoria (IAAS por sus siglas en inglés) concuerdan con este 90% para la cirugía proctológica especificando los siguientes procedimientos: Esfinterotomía lateral interna parcial (ELIP), fistulectomía, escisión de una o dos hemorroides, la ligadura de la arteria hemorroidal, hemorroidectomía con técnica de Longo para el tratamiento de hemorroides grado III y IV, incisiones para abscesos perianales. [5]

Las unidades de cirugía ambulatoria son fundamentales en el éxito e implementación de los procedimientos de cirugía ambulatoria (CA), fruto del entrenamiento y especial dedicación del personal sanitario. La selección de los pacientes y la organización hospitalaria son obligatorias para obtener resultados exitosos. [6]

Los pacientes deben cumplir los siguientes criterios para ser sometidos a CA: [1] [6] [7]

- Edad inferior a 70 años (en algunos estudios el límite es de 65 años).
- Un grado de I- II en la clasificación de riesgo quirúrgico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA *por sus siglas en inglés*).
- IMC menor de 35. (Se puede considerar hasta 40 siempre y cuando exista una valoración conjunta de Cirujano con anestesiólogo).
- No tener cirugía abdominal previa, especialmente laparotomías (es una contraindicación relativa, no informada en todos los estudios).
- Vivir cerca del hospital (distancia de 30 minutos a 1 hora).
- Disponibilidad de un adulto responsable para la primera noche postoperatoria.
- Pacientes completamente motivados.

Sin embargo lo anterior puede modificarse ya que la definición de un paciente de cirugía ambulatoria "aceptable" ha cambiado y se han relajado estrictamente los criterios de idoneidad. La pregunta se ha reformulado en "¿hay alguna razón por la cual este paciente no debe ser tratado como un caso ambulatorio?", [8] pero para que la cirugía ambulatoria sea exitosa, la selección del paciente es de suma importancia. Se deben evaluar las comorbilidades del paciente así como las limitaciones funcionales y considerar el tipo y el alcance de la cirugía, ya que no todos los procedimientos anorrectales son menores. Los factores que conducen a la hospitalización prolongada y a la readmisión necesitan ser identificados en una etapa temprana para que las unidades de cirugía mayor ambulatoria tengan éxito. Los estudios controlados aleatorios en pacientes sometidos a cirugía anorrectal ambulatoria han demostrado que la dexametasona administrada antes de la inducción anestésica reduce significativamente las náuseas y el vómito postoperatorio, mejora el tiempo de recuperación y mejora la satisfacción del paciente sin afectar la cicatrización quirúrgica. [9]

No se puede discutir la cirugía ambulatoria sin hacer comentarios sobre la anestesia. Hay que destacar que un anesestesiólogo con interés en la anestesia ambulatoria es de suma importancia. Una buena gestión anestésica ambulatoria se basa en las condiciones quirúrgicas, médicas y sociales como principios fundamentales, entre los que destacan: [10]

- la seguridad del paciente como principal prioridad (como para la anestesia de pacientes hospitalizados), por lo tanto no deberá existir riesgo de complicaciones mayores (ej. Hemorragia, inestabilidad cardiovascular)
- condiciones óptimas para el cirujano, además de contar con experiencia suficiente en el procedimiento con bajas tasas de complicaciones
- recuperación rápida del paciente, descrita como la reintegración de las funciones tan pronto como sea posible, sin ser necesario el cuidado prolongado después de la cirugía.

- buena analgesia postoperatoria, en donde los analgésicos vía oral deberán controlar el dolor.
- náuseas y vómitos mínimos. [10]

El alta de los pacientes debe realizarse utilizando la escala post-anestésica de Aldrete modificada, esta se trata de una escala heteroadministrada que consta de 10 ítems. Cada ítem responde a una escala tipo Likert de 0 a 2, con un rango total que oscila entre 0 y 22. El punto de corte se sitúa en 18, donde igual o mayor a esta puntuación sugiere una recuperación postanestésica básica para el alta tras la cirugía ambulatoria (Tabla #1). [11]

Tabla #1. Test de recuperación post-anestésica. Aldrete modificada.		
<b>Actividad</b>	Es capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	<b>2</b>
	Es capaz de mover 2 extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	<b>1</b>
	No es capaz de mover las extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	<b>0</b>
<b>Respiración</b>	Es capaz de respirar profundamente y de tose	<b>2</b>
	Disnea que limita la respiración o taquipnea	<b>1</b>
	Apnea o ventilación mecánica	<b>0</b>
<b>Circulación</b>	Tensión arterial $\pm$ 20% del nivel preanestésico	<b>2</b>
	Tensión arterial $\pm$ 20% a 49% del nivel preanestésico	<b>1</b>
	Tensión arterial $\pm$ 50% del nivel preanestésico	<b>0</b>
<b>Consciencia</b>	Paciente totalmente despierto	<b>2</b>
	El paciente se despierta al llamado	<b>1</b>
	El paciente no responde	<b>0</b>
<b>Saturación O2</b>	Capaz de mantener la saturación de O2 > 92% en aire	<b>2</b>
	Necesita O2 para mantener la saturación de O2 > 90%	<b>1</b>
	Saturación de O2 < 90% aun recibiendo O2 suplementario	<b>0</b>
<b>Apósito</b>	El apósito está seco y sin secreción	<b>2</b>
	Mojado pero sin aumento de la secreción	<b>1</b>
	Área marcada de secreción	<b>0</b>
<b>Dolor</b>	Sin dolor	<b>2</b>
	Dolor moderado que puede manejarse con analgésicos orales	<b>1</b>

	Dolor severo que requiere fármacos parenterales	<b>0</b>
<b>Deambulaci3n</b>	Capaz de levantarse y caminar en lnea recta	<b>2</b>
	Presenta v3rtigo al levantarse	<b>1</b>
	Mareo al levantarse	<b>0</b>
<b>Ingesti3n por v3a oral</b>	El paciente es capaz de ingerir lquidos	<b>2</b>
	Paciente con n3useas	<b>1</b>
	N3usea y v3mito	<b>0</b>
<b>Eliminaci3n urinaria</b>	Eliminaci3n urinaria normal	<b>2</b>
	Incapaz de eliminar pero se muestra comfortable	<b>1</b>
	Incapaz de eliminar y molesto por ello	<b>0</b>

La admisi3n hospitalaria no anticipada se define como la admisi3n de pacientes programados para cirug3a ambulatoria debido a problemas imprevistos como las complicaciones quir3rgicas y anest3sicas. La tasa de ingreso hospitalario no anticipado de la unidad de cirug3a ambulatoria se considera un 3ndice de calidad de la atenci3n. En la mayor3a de los centros, la tasa promedio es de 1-2%. Las causas m3s comunes son: factores quir3rgicos (dolor, cirug3a mayor, hemorragia), factores anest3sicos (nausea y vomito postquir3rgico y complicaciones relacionadas con la anestesia), y factores m3dicos. [12]

**Tabla #2. Factores de riesgo para admisi3n hospitalaria no anticipada**

<b>Cirug3a</b>	Dolor
	Sangrado
	Cirug3a Mayor
	Complicaciones quir3rgicas
	Cirug3a Abdominal
	Cirug3a Urol3gica
<b>Anestesia</b>	Nausea y vomito
	Somnolencia
	Aspiraci3n
<b>M3dicos</b>	Enfermedades como DM, HAS
	Apnea del sue1o

Varios estudios han examinado los marcadores de seguridad del paciente para evaluar los resultados quirúrgicos ambulatorios. Se ha sugerido la admisión no anticipada como una forma de identificar candidatos inadecuados para cirugía ambulatoria ya que las admisiones imprevistas resultan en costos inflados a un sistema de salud ya estresado. [13]

Tasas de ingreso con rango de 0,5% a 17% con baja morbimortalidad perioperatoria han sido reportadas entre los estudios que informaron los resultados de la cirugía anorrectal ambulatoria. [4]

Yan Chan P, et all. 2010, En estudio retrospectivo de 5 años con 243 pacientes sometidos a hemorroidectomía ambulatoria presentó tasas de hospitalización de 17.7 % de estos, 30 pacientes a causa de retención aguda de orina, 2 con mareos, 5 con bloqueo motor residual, 5 con bradicardia y dolor precordial y 1 paciente más sin deseo de egresarse de forma ambulatoria; así mismo contaron con una tasa de readmisión del 7% como causas principales 9 presentaron sangrado, 5 dolor perianal intenso y 2 pacientes con infección de herida quirúrgica. [14]

Gupta Pravin, J. 2008, reportaron un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a cirugía proctológica ambulatoria con un total de 2678 pacientes, obtuvieron una media de estancia hospitalaria de 9.2 horas con un rango de 4-23 horas, no se reportaron episodios de náusea o vómito. 54 pacientes es decir el 2% presentaron complicaciones pero solo 16 requirieron admisión hospitalaria debido a retención urinaria, trombosis hemorroidal e impactación fecal, 7 pacientes tuvieron sangrado secundario y persistente los cuales fueron operados de hemorroidectomía, aun así obtuvieron una media de satisfacción en escala visual análoga de 9.2. [15]

Caviglia, A. et all. 2008, en su estudio sobre la factibilidad del procedimiento ambulatorio para hemorroidopexia con engrapadora circular, con un total de 203 pacientes, obtuvieron una media operatoria de 26 minutos con 1.97% (4 pacientes) con sangrado después de 3 horas de la cirugía, requiriendo reintervención; otro 1.97% presento sangrado en la primer noche postquirúrgica, y únicamente 1 paciente 0.49% presento dolor la noche de alta. [16]

Vinson Bonnet, B. et all. 2014, con una revisión sistemática de la literatura sobre la la cirugía hemorroidal ambulatoria, analizaron 50 estudios con un total de 6082 pacientes, en donde 4 de estos estudios reportaron una hospitalización no planeada con un rango de 0 a 61% debido a retención aguda de orina, insuficiente control del dolor, además de nausea y vomito postquirúrgico. Con tasa de readmisión de 0 a 7% a consecuencia de sangrado. [17]

Para que la cirugía ambulatoria tenga éxito y sea rentable, la Royal College of Surgeons de Inglaterra recomienda una tasa de readmisión que no exceda del 2% al 3% para cualquier procedimiento que se quiera manejar como cirugía ambulatoria. Por lo tanto, la preevaluación y la identificación de los factores de riesgo en los pacientes que puedan conducir a estancia prolongada y readmisión es un componente esencial y fundamental en la cirugía ambulatoria. [6] [8]

## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Gracias a la implementación de los avances en las técnicas quirúrgicas con el uso de instrumental especializado y al avance de técnicas anestésicas, se logró desarrollar la cirugía ambulatoria proctológica y actualmente representa el 90% de abordaje de dichos padecimientos, siendo la tendencia actual el realizar ambulatoriamente procedimientos proctológicos de mayor complejidad lo que reflejaría una repercusión en el costo hospitalario permitiendo el desahogo de camas de hospitalización para patologías que requieran efectivamente un mayor tiempo de hospitalización. En la actualidad hay diferentes estudios, retrospectivos, prospectivos y revisiones sistemáticas que avalan la factibilidad y sobre todo la seguridad de los pacientes en centros especializados como el nuestro, por lo que el conocer las patologías más frecuentes y describir los procedimientos realizados, además de conocer los factores de riesgo de hospitalización no anticipada y reingreso en nuestro servicio es fundamental para valorar nuestro desempeño y compararlo con el mundo.

## 6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la experiencia en cirugía ambulatoria proctológica en la nueva unidad de corta estancia de la Torre Quirúrgica del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"?

Hipótesis: La cirugía ambulatoria proctológica es un procedimiento frecuente en centros especializados como el nuestro, con bajo porcentaje de hospitalización no anticipada y reingresos hospitalarios.

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con la hospitalización no anticipada y reingreso temprano en los pacientes sometidos a cirugía proctológica ambulatoria en la unidad de corta estancia del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"?

## 7. JUSTIFICACIÓN

La cirugía ambulatoria es adecuada para la mayoría de las patologías anorrectales, se puede realizar a un costo reducido en comparación con los procedimientos de hospitalización, con excelente seguridad, eficiencia y altos niveles de satisfacción del paciente al disminuir las listas de espera. Se emplean varias estrategias perioperatorias para controlar el dolor y evitar la retención urinaria, incluyendo el uso de un régimen de dolor multimodal y la restricción de los líquidos intravenosos. El éxito de la cirugía ambulatoria depende, en parte, del egreso adecuado y oportuno de los pacientes que han sido anestesiados. El egreso prematuro de los pacientes, que posteriormente experimentan complicaciones postoperatorias que requieren ingreso imprevisto al hospital o atención de emergencia, debe ser una ocurrencia poco frecuente. Por tal motivo es importante conocer los factores de riesgo que influyen en la hospitalización no anticipada y en el reingreso de los pacientes sometidos a cirugía proctológica ambulatoria. Este conocimiento nos permitiría la selección adecuada estricta de pacientes para cirugías proctológicas de mayor complejidad de forma ambulatoria como es la Enfermedad hemorroidal, misma que no se realiza en nuestro centro de corta estancia.

## 8. OBJETIVOS

- Objetivo general:
- Describir la experiencia en cirugía ambulatoria proctológica en la unidad de corta estancia en la Torre Quirúrgica del Hospital General de México a un año de su apertura en Junio del 2016 a Junio del 2017.
- Objetivos específicos:
  - Describir las características de la cirugía ambulatoria en pacientes con enfermedades proctológicas, operados en el servicio cirugía de corta estancia de la torre quirúrgica;
  - identificar las complicaciones de la cirugía proctológica que generen hospitalización no anticipada y estancia prolongada;
  - establecer el porcentaje de pacientes que requirieron readmisión hospitalaria posterior a su alta de forma ambulatoria.

## 9. METODOLOGÍA

### ➤ Diseño de estudio

Este estudio fue una serie de casos; tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo.

### ➤ Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ÍTEMS
CIRUGIA AMBULATORIA	Número de Pacientes que se egresaron el mismo día de su cirugía	Pacientes que se egresan de forma satisfactoria el mismo día de la cirugía	Cuantitativa Nominal	Si No	2
GÉNERO	Condición biológica que diferencia al hombre de la mujer	Fenotipo del paciente	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	2
EDAD	Tiempo de vida desde su nacimiento hasta el momento de evaluación expresada en años	Edad cumplida en años al momento del procedimiento	Cuantitativa continua	Años cumplidos	1
ENFERMEDAD PROCTOLÓGICA	Diagnóstico postquirúrgico descrito	Clasificación de diferentes padecimientos proctológicos.	Cualitativa Nominal	Multivariado No	>5
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	Descripción de la cirugía realizada	Clasificación de diferentes procedimientos quirúrgicos.	Cualitativa Nominal	Multivariado No	>5
TIPO DE ANESTESIA	Descripción de la clase de anestesia administrada durante el procedimiento	Diferentes técnicas anestésicas	Cualitativa Nominal	Multivariado	>4

TIEMPO QUIRÚRGICO	Etapa que va desde que incide hasta que finaliza la reparación de los tejidos incididos	Periodo total desde que se inicia hasta que termina la cirugía	Cuantitativa Continua	Minutos	1
SANGRADO	Perdida de material hemático del paciente en periodo del procedimiento quirúrgico	Mililitros de sangre reportados por parte del servicio de anestesiología	Cuantitativa continua	Mililitros	1
COMPLICACIONES	Condiciones posterior a cirugía que impiden el egreso ambulatorio y generan hospitalización no anticipada.	Pacientes trasladados al hospital para vigilancia estrecha.	Cualitativa Nominal	Multivariado No	>4
HOSPITALIZACION NO ANTICIPADA	Necesidad de Permanecer en hospitalización sin haber sido egresado de forma ambulatoria.	Pacientes trasladados a hospitalización	Cualitativa Nominal	SI NO	2
REINGRESO HOSPITALARIO	Necesidad de hospitalización posterior a la realización del alta de forma ambulatoria.	Pacientes admitidos en el servicio de Coloproctología después de alta ambulatoria.	Cualitativa Nominal	SI NO	2

➤ Universo de trabajo

Expedientes electrónicos y clínicos de los pacientes con enfermedades proctológicas, operados en el servicio de corta estancia de la torre quirúrgica, en el periodo de Junio del 2016 a Junio del 2017 de cualquier edad y sexo.

➤ Muestra

Expedientes electrónicos y clínicos completos de pacientes con enfermedades proctológicas a los que se les aplicaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes sometidos a cirugía proctológica en la unidad de corta estancia
- Con consentimiento informado para la realización de procedimiento quirúrgico.

Criterios de exclusión:

- Pacientes rechazados para procedimiento por parte del servicio de anestesiología antes del procedimiento quirúrgico y que requirieron el alta sin ser operados.

Criterio de eliminación:

- Se excluyen pacientes embarazadas, niños, pacientes catalogados como cirugía de urgencia.

➤ Instrumento de investigación

Se utilizó una hoja de recolección de datos, donde se encontraban las variables de interés para este estudio que fueron: cirugía ambulatoria, tiempo de estancia intrahospitalaria, hospitalización no anticipada, complicaciones, reingreso hospitalario, además de edad, género, tipo de padecimiento proctológico, procedimiento quirúrgico realizado, tipo de anestesia administrada, tiempo, quirúrgico, sangrado transoperatorio.

➤ **Desarrollo del proyecto**

Se acudió al archivo clínico de la torre quirúrgica, se recabaron los listados de cirugías realizadas por el servicio de coloproctología sometidos a cirugía ambulatoria, además se accedió a los expedientes electrónicos, para la revisión y recolección de las variables en la hoja de recolección de datos. (Anexo 1).

Una vez obtenidos los datos, se realizó el vaciado de dichas hojas en el programa estadístico IMB SPSS Statistics 19<sup>(n)</sup>, para realizar el análisis estadístico correspondiente con la realización de tablas y gráficos.

➤ **Límite de tiempo y espacio**

Se realizó el estudio en el archivo clínico de la torre quirúrgica, del Hospital General de México, en la CDMX en el año 2017-2018 con los expedientes clínicos de los pacientes sometidos a cirugía proctológica ambulatoria a un año de la apertura en la unidad de corta estancia desde Junio del 2016 a Junio del 2017.

➤ **Cronograma de Actividades**

Tabla #3. Cronograma de Actividades	
Presentación de Protocolo	Noviembre 2017
Probable inicio	Diciembre 2017
Probable terminación	Febrero 2018

➤ **Diseño de análisis**

Se utilizó estadística descriptiva para variables cualitativas, frecuencias, porcentajes medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas con ayuda de IMB SPSS Statistics 19<sup>(n)</sup> y Excel para realización de tablas (descriptivas y comparativas) y gráficos (barra, de caja-brazos y pastel).

## 10. IMPLICACIONES ÉTICAS

La investigación fue realizada bajo las normas contempladas en la Ley General de Salud en el apartado de investigación para la salud con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en el 2000, con versión actual del 2004.

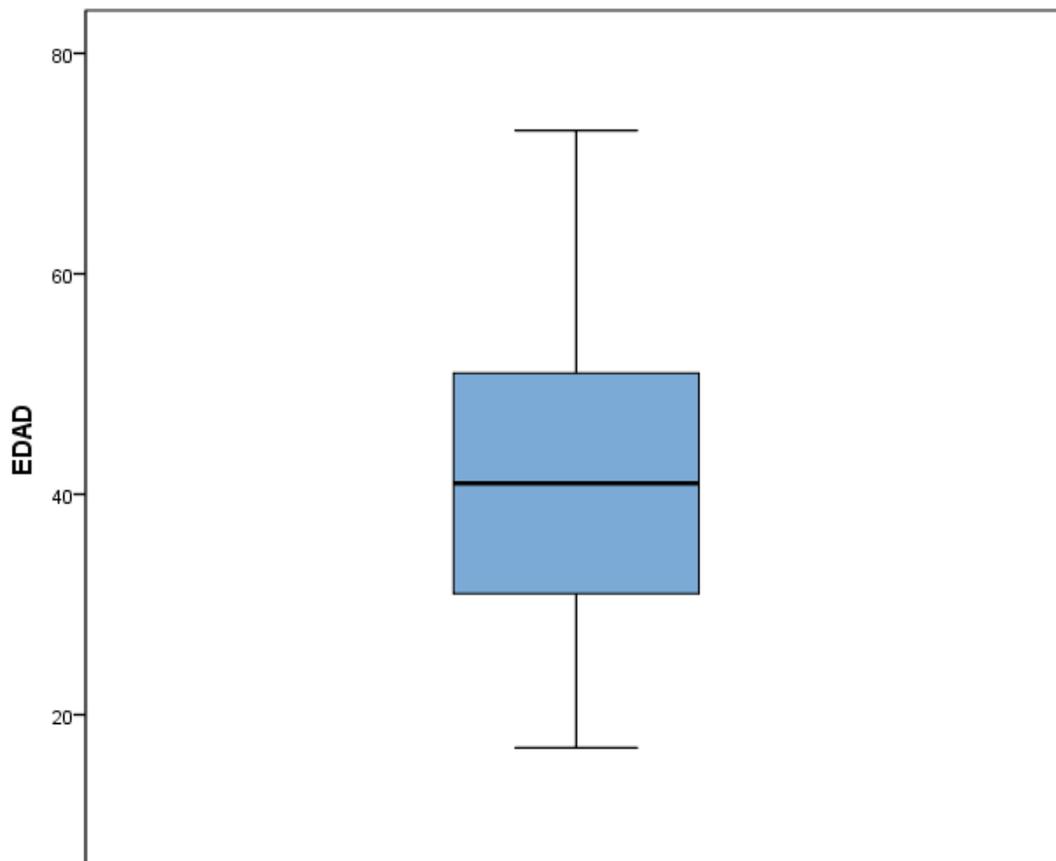
Se mantuvo la confidencialidad del expediente clínico, sin revelar nombre de los pacientes, y nos percatamos de que se contara con la firma de consentimiento informado del procedimiento quirúrgico el cual se encontraba en el expediente clínico.

## 11. RESULTADOS

Se realizaron 406 procedimientos en la Unidad de Cirugía ambulatoria de la Torre quirúrgica del hospital General de México durante el primer año de su apertura, se excluyeron 30 pacientes, debido a que se encontraban hospitalizados o que no contaban con expediente clínico completo. Un total de 376 se incluyeron en el análisis por cumplir con todos los criterios establecidos.

De los 376 pacientes, (63.3%) 238 correspondieron a Hombres y 138 es decir el 36.7% a Mujeres, con un rango de edad de los 17 a los 73 años y promedio de 41.46 +/- 13.16 años de Desviación típica (Gráfico #1).

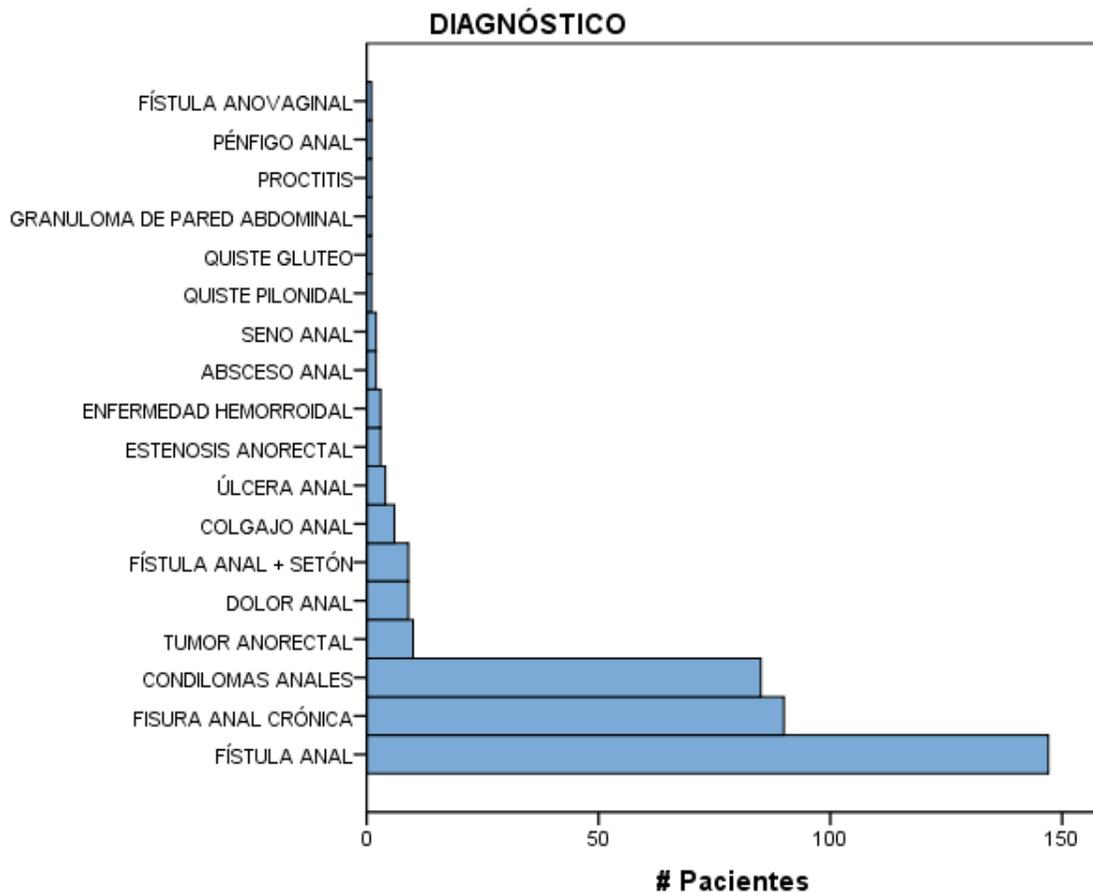
**Gráfico #1. Edad**  
**Junio 2016 – Junio 2017**



Fuente: Servicio Coloproctología UNIDAD DE CORTA ESTANCIA/HGM

Dentro de los tres diagnósticos más frecuentes encontramos: la fistula anal, con 156 pacientes (41.5%) esto como resultado de sumar los pacientes con fistula anal con o sin setón; la fisura anal representó un 23.9% es decir 90 pacientes y los pacientes con condilomas anales sumaron 85 representando el 22.6% del total. Es importante mencionar que el resto de los diagnósticos en conjunto representaron el 14.36% sin embargo de manera individual únicamente cada uno de ellos representa menos del 3% (Gráfico #2).

**Gráfico #2. Patologías proctológicas registradas  
Junio 2016 – Junio 2017**



Fuente: Servicio Coloproctología UNIDAD DE CORTA ESTANCIA/HGM

La cirugía más frecuentemente que se realizó corresponde a su vez a la fistulotomía representando un 43.9% es decir a 165 pacientes, se incluyeron con o sin setón, o inclusive acompañada de una ELIP, la mayoría fueron hombres con 113 (Tabla #4).

**Tabla #4. Cirugías ambulatorias practicadas  
Junio 2016 – Junio 2017**

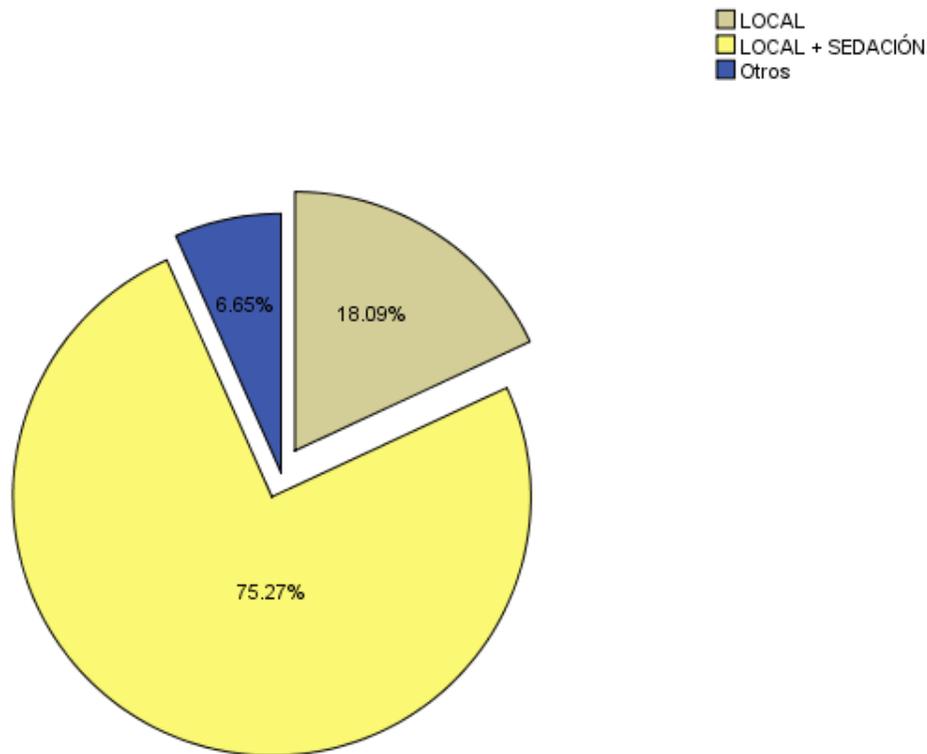
PROCEDIMIENTO	SEXO		
	FEMENINO	MASCULINO	Total
<b>FISTULOTOMÍA</b>	47	101	148
<b>FISTULOTOMÍA + SETÓN</b>	3	8	11
<b>FISTULOTOMÍA + ELIP</b>	2	4	6
<b>ELIP</b>	39	26	65
<b>ELECTROFULGURACIÓN DE CONDILOMAS</b>	20	64	84
<b>DILATACIÓN ANAL</b>	1	1	2
<b>BIOPSIA ANAL</b>	9	10	19
<b>ELECTROFULGURACIÓN DE CONDILOMAS + FISURECTOMÍA</b>	1	0	1
<b>FISURECTOMÍA</b>	1	3	4
<b>HEMORROIDECTOMÍA</b>	1	2	3
<b>ELIP + BIOPSIA</b>	1	1	2
<b>EBA</b>	0	9	9
<b>INFILTRACIÓN CON ESTEROIDES</b>	2	0	2
<b>APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA</b>	3	1	4
<b>DRENAJE DE ABSCESO</b>	0	2	2
<b>OTRAS RESECCIONES</b>	2	0	2
<b>FISURECTOMÍA + ELIP</b>	0	3	3
<b>CAUTERIZACIÓN</b>	0	0	0
<b>AVANCE DE COLGAJO</b>	0	0	0
<b>DESTECHAMIENTO DE SENO</b>	1	1	2
<b>RESECCIÓN DE COLGAJO</b>	5	2	7
<b>TOTAL</b>	138	238	376

Fuente: Servicio Coloproctología UNIDAD DE CORTA ESTANCIA/HGM

Se utilizó en un 18.09% anestesia local, y en 75.27% fue anestesia combinada administrando anestesia local con sedación endovenosa sumando entre estas el 93.36%, otras técnicas solo representaron el 6.65% (Gráfico #3).

**Gráfico #3. Anestesia administrada.**  
**Junio 2016 – Junio 2017**

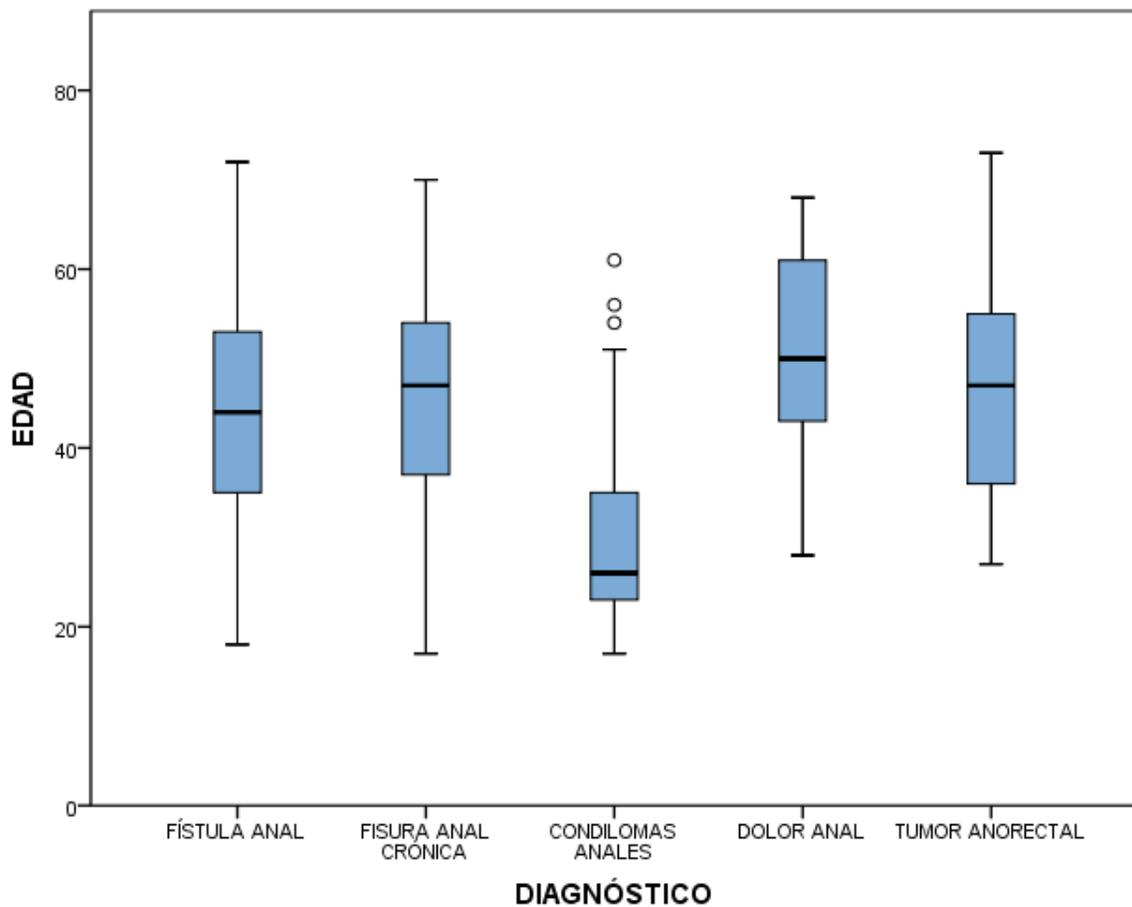
**TIPO ANESTESIA**



Fuente: Servicio Coloproctología UNIDAD DE CORTA ESTANCIA/HGM

Realizando un subanálisis por medio de tipo de patología observamos una edad promedio similar en todos los grupos excepto en el grupo de condilomas anales ya que presentaron un promedio de (Gráfico #4).

**Gráfico #4. Comparación por edad de los padecimientos proctológicos más frecuentes  
Junio 2016 – Junio 2017**



Fuente: Servicio Coloproctología UNIDAD DE CORTA ESTANCIA/HGM

Las características particulares de acuerdo a los seis diagnósticos más frecuentes se muestra en la Tabla #5.

**Tabla #5. Descripción de procedimientos realizados, edad y sexo en los padecimientos proctológicos frecuentes  
Junio 2016 – Junio 2017**

DIAGNÓSTICO	SEXO		EDAD				PROCEDIMIENTO											
	FEMENINO	MASCULINO	M	DE +/-	FISTULOTOMIAS	ELIP	ELECTROFULGURACIÓN (EFG)	BIOPSIA ANAL	EFG + FISURECTOMIA	FISURECTOMÍA	ELIP + BIOPSIA	EBA	INFILTRACIÓN ESTEROIDES	APLICACIÓN DE TOXINA	FISURECTOMÍA + ELIP	RESECCIÓN DE COLGAJO		
FÍSTULA ANAL	44 29.9%	103 70.1%	44	12	143	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	
FÍSTULA ANAL + SETÓN	1 11.1%	8 88.9%	46	11	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
FISURA ANAL CRÓNICA	50 55.6%	40 44.4%	46	12	12	65	0	1	0	4	2	1	0	2	3	0		
CONDILOMAS ANALES	22 25.9%	63 74.1%	30	10	0	0	82	2	1	0	0	0	0	0	0	0		
TUMOR ANORECTAL	3 30.0%	7 70.0%	48	15	0	0	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0		
DOLOR ANAL	2 22.2%	7 77.8%	50	13	0	0	0	1	0	0	0	0	4	2	1	0	1	

Fuente: Servicio Coloproctología UNIDAD DE CORTA ESTANCIA/HGM

Obtuvimos 9 pacientes con diagnóstico de dolor anal, de los cuales el 77.8% fueron del sexo masculino con una edad media de 50 DE +/-13 años; el procedimiento más realizado en estos pacientes fue la Exploración bajo anestesia en un 44.4%. De los 90 pacientes con fisura anal solo se realizó ELIP en 70 pacientes, la fisurectomía solo se realizó en 7 pacientes.

Un total de 34 pacientes requirió un segundo procedimiento quirúrgico, 11 pacientes es decir el 32.4% contaban con el diagnóstico de fistula anal resuelta en 9 de ellos con una fistulotomía, 8 pacientes (23.5%) presentaron recidiva de condiloma anales resuelta en 100% con electrofulguración. En 3 pacientes fue necesario la reintervención en quirófano central por corresponder a un procedimiento definitivo no ambulatorio (Tabla #6).

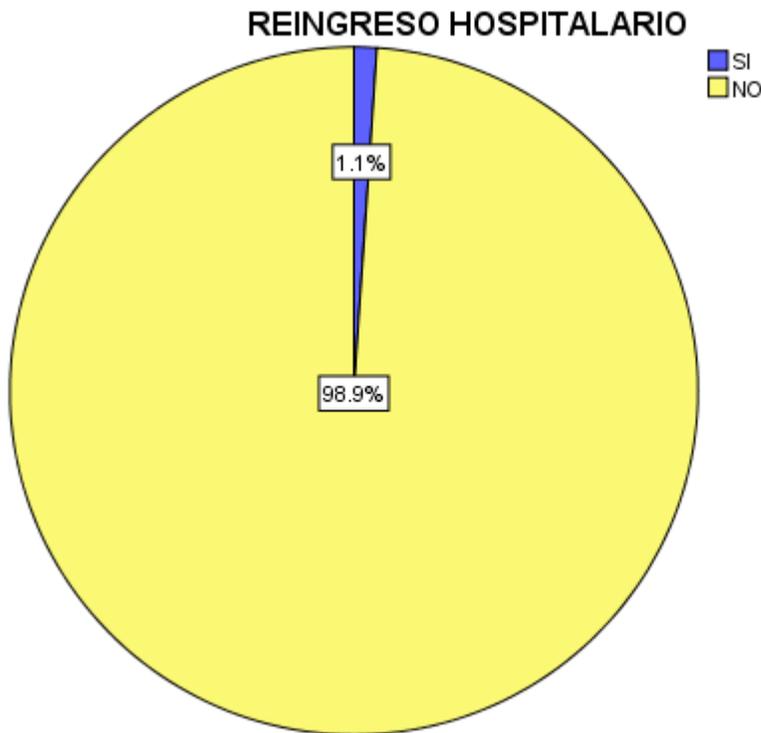
**Tabla #6. Patologías proctológicas sometidas a un segundo evento quirúrgico  
Junio 2016 – Junio 2017**

NUEVO PROCEDIMIENTO											
DIAGNÓSTICO	FISTULOTOMÍA	FISTULOTOMÍA + SETÓN	ELECTROFULGURACIÓN DE	BIOPSIA ANAL	EBA	APLICACIÓN DE TOXINA	FISURECTOMÍA + ELIP	CAUTERIZACIÓN	AVANCE DE COLGAJO	OTROS PROCEDIMIENTOS	TOTAL
<b>FÍSTULA ANAL</b>	9	1	0	0	1	0	0	0	0	0	11
<b>FISURA ANAL CRÓNICA</b>	1	0	0	0	0	2	1	1	0	0	5
<b>CONDILOMAS ANALES</b>	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8
<b>DOLOR ANAL</b>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
<b>ÚLCERA ANAL</b>	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
<b>ESTENOSIS ANORECTAL</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>TUMOR ANORECTAL</b>	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3
<b>PÉNFIGO ANAL</b>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
<b>FÍSTULA ANOVAGINAL</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>TOTAL</b>	12	1	8	2	1	4	1	1	1	3	34

Fuente: Servicio Coloproctología UNIDAD DE CORTA ESTANCIA/HGM

Finalmente solamente 2 (0.5%) pacientes requirieron hospitalización no anticipada después de la cirugía, 1 por sangrado y otro por vigilancia al requerir anestesia general de emergencia. Con 0% de mortalidad, del resto de los pacientes solamente 4, correspondiente al 1.1% requirieron reingresar, con sangrado como principal causa y solamente 1 requirió control en quirófano (Gráfica #5)

**Gráfico #5. Pacientes que requirieron reingreso hospitalario  
Junio 2016 – Junio 2017**



Fuente: Servicio Coloproctología UNIDAD DE CORTA ESTANCIA/HGM

## 12. DISCUSIÓN

La cirugía ambulatoria en los padecimientos proctológicos ha ganado aceptación y popularidad en nuestro entorno laboral, sabemos que toda esta nueva estrategia de manejo del paciente quirúrgico, inicio gracias a la implementación en 1961 del primer programa formal de cirugía ambulatoria en Michigan (EE.UU.). [2] Este aumento en la elección de cirugía ambulatoria es debido a una combinación efectiva entre la satisfacción de los pacientes y el ahorro institucional que proporciona. [3] De acuerdo a la IAAS la mayoría de los padecimientos proctológicos pueden manejarse de forma ambulatoria, ya que se consideran como cirugía de bajo riesgo y los pacientes pueden esperar ser dados de alta a su hogar de manera segura y cómoda el mismo día, [1] [4] Es importante mencionar que para llevar a cabo estas cirugías se debe contar con la adecuada infraestructura, ya que las unidades o centros ambulatorios son fundamentales en el éxito de la cirugía, en nuestra unidad contamos con las herramientas necesarias para el adecuado tratamiento de nuestros pacientes. [6]

De acuerdo a lo observado en el presente estudio se realizaron 376 procedimientos quirúrgicos proctológicos de forma ambulatoria durante el primer año de funcionamiento de la unidad de corta estancia. Nuestra distribución por sexos mostró una mayoría clara para los varones con 238 pacientes es decir un 63.3% manteniendo una relación de 2:1 con respecto al sexo femenino, lo que se asemeja a lo reportado por Gupta Pravin, J. 2008, en donde obtuvieron que de los 2678 pacientes con cirugía proctológica ambulatoria, el 67% fueron varones. [15]

En cuanto a la edad los pacientes contaron con un promedio de 41.46+/- 13.16 años, sin existir diferencias significativa en la edad distribuida por sexo, la edad es el reflejo de que la mayoría de estos padecimientos es en gente joven, en particular para los tres más frecuentemente observados en este estudio que

abarcan: fistula anal, fisura anal y condilomas anales; este último es el único diagnóstico, en que la edad promedio varia notoriamente a 30+/-10 años, esta parte difiere un poco con lo reportado en el hospital general de México en donde la edad promedio de los pacientes sometidos a procedimientos proctológicos fue de 32 años. [18]

El diagnóstico principal reportado previo al procedimiento quirúrgico lo obtuvo la fistula perianal con un total de 156 pacientes es decir el 41.5%, coincidiendo con la prevalencia aumentada para este padecimiento que se reporta en nuestro hospital con hasta 4% por cada 10,000 habitantes. [19] El segundo diagnóstico que obtuvimos fue el de fisura anal en donde hasta un 13.3% (12 pacientes) contó con una fistula anal no identificada previamente y en todos ellos se realizó fistulotomía.

También podemos darnos cuenta como los diagnósticos proctológicos preoperatorios coinciden con la mayoría de las indicaciones para la cirugía ambulatoria, excepto para la enfermedad hemorroidal y la enfermedad pilonidal, ya que en nuestro servicio seguimos manejando a estos pacientes con hospitalización pre y postoperatoria, esto pudiese justificarse a que en los estudios publicados por Yan Chan P, et al., en 2010, y Vinson Bonnet, B. et al., en 2014, muestran desde un 17.7% hasta un 61 % de hospitalización no anticipada en pacientes sometidos a hemorroidectomía; además de tasas de readmisión del 7%, con la retención aguda de Orina como principal complicación, seguida de sangrado postquirúrgico. [14] [17].

El dolor anal fue un diagnóstico poco frecuente con 9 pacientes (2.3 %), sin embargo llama la atención la variedad de procedimientos proctológicos realizados, como exploración bajo anestesia, infiltración con esteroides, aplicación de toxina botulínica, biopsia anal y resección de colgajos anales; con esto nos damos cuenta que con estos pacientes podemos encontrarnos siempre algo diferente, desde una revisión normal sin patología demostrable hasta la presencia de alguna lesión que requiera de biopsia.

Un total de 34 pacientes requirieron de un segundo procedimiento quirúrgico, representado el 9% de los 376 pacientes; ya que en muchas ocasiones los procedimientos ambulatorios no son definitivos, y existen algunos ejemplos; el más clásico es el paciente en el cual colocamos durante su primer cirugía un setón de drenaje y en el segundo procedimiento se completa la fistulotomía; o aquél paciente con diagnóstico de fisura que se le coloca en la primera ocasión toxina botulínica, progresa sin respuesta a tratamiento y en el segundo evento se le realiza una ELIP; o por último el paciente con recidiva de condilomas anales, 8 de 8 pacientes con recidiva de condilomas requirió electrofulguración nuevamente.

Durante la mayoría de las cirugías realizadas los pacientes se encuentran en posición de navaja sevillana, pudiendo ser modificada a la preferencia del cirujano, sin embargo es importante que se cumplan con algunos de los criterios de CA [1] [6] [7] como contar con ASA I o II, IMC menor de 35 y estar acompañado de un familiar responsable mayor de 18 años, si estos requisitos no se cumplen los pacientes no son candidatos a CA en nuestro centro, debido al riesgo mucho más elevado de efectos adversos transquirúrgicos que requieran hospitalización no anticipada; se puede ser flexible en la selección del paciente, pero va a depender de todo un equipo multidisciplinario, en donde se evaluarán los factores sociales, médicos, quirúrgicos y anestésicos de cada paciente en particular. [10] En ciertas condiciones, sobre todo si se cuenta con un sistema de hospitalización inmediata como en nuestro centro, se puede elevar el límite de edad propuesto como seguro en CA, que son los 70 años, nosotros contamos con una edad máxima de 73 años.

Como mencionábamos de forma puntual, el evento anestésico es de suma importancia, la administración de anestesia local se realizó en un 93.36% y en 75.27% fue combinando anestesia local y sedación endovenosa. Como lo menciona Jeong Han Lee, et al., la elección de la técnica de anestesia de acuerdo con la condición del paciente y el tipo de cirugía es un factor importante que afecta la recuperación y el alta. Las complicaciones postoperatorias como dolor, náuseas y

vómitos son comunes; pueden retrasar la recuperación y la posibilidad de readmisión es alto si están presentes. Por lo tanto, un tratamiento multimodal y profiláctico para prevenir complicaciones postoperatorias debe ser planeado para permitir el alta temprana y el regreso a la vida diaria. [10] [11]

Únicamente 2 pacientes requirieron hospitalización no anticipada, él primero fue para vigilancia estrecha ya que requirió de anestesia general de urgencia; y el segundo fue para vigilancia de datos de sangrado, por presentar incremento del mismo en el transoperatorio; representado un 0,5% de todos los pacientes, cumpliendo con las metas internacionales de calidad de los centros de cirugía ambulatoria, las cuales indican que no se debe de sobrepasar del 2% para que se considere seguro. [12] Otro parámetro que mide el éxito y la rentabilidad de cualquier procedimiento ambulatorio es la tasa de readmisión hospitalaria y que no debe exceder del 3% según la Royal College of Surgeons, esto es equiparable a nuestro centro en donde 4 pacientes 1.1% reingresaron, 3 de ellos a causa de sangrado. [6] [8]

El estudio cuenta como limitante el ser retrospectivo y tener únicamente los datos del expedientes, es necesario realizar estudios prospectivos controlados con los pacientes que siguen acudiendo y tener un seguimiento a largo plazo.

### 13. CONCLUSIÓN

Para la realización de un procedimiento catalogado como cirugía ambulatoria los hospitales deberán de contar con una infraestructura y personal capacitado para su manejo adecuado, ya que el hecho de que se alcancen altos índices de cirugía ambulatoria, implica que se realiza una práctica quirúrgica y anestésica de alta calidad. En el Hospital General de México se cuenta con dicha infraestructura en la unidad de cirugía de corta estancia en el segundo piso de la torre quirúrgica. Como objetivo universal la seguridad del paciente deberá ser siempre la principal premisa que se debe considerar para que un procedimiento sea factible de realizar de forma ambulatoria, ni las presiones económicas o de gestión deben ser relevantes en cuanto a la decisión de para realizar la cirugía de forma ambulatoria o no en los pacientes.

El estudio muestra y describe las características en los procedimientos quirúrgicos ambulatorios de las afectaciones proctológicas más comunes, mostrando que pueden realizarse de forma segura en pacientes bien seleccionados y en centros especializados para esta tarea, con el fin de evitar el reingreso o la hospitalización no anticipada de dichos pacientes

## 14. BIBLIOGRAFÍA

- [1] M. Magdaleno García, J. T. Puente de la Garza, L. A. Medina Martínez y R. C. Ruiz Velasco, «Cirugía Mayor Ambulatoria,» de *Guía de Práctica Clínica*, Ciudad de México, 2014.
- [2] C. Sobrado, «Cirugía ambulatoria en proctología : pasado, presente y futuro.,» *Arq Gastroenterol*, vol. 42, nº 3, pp. 133-135, 2005.
- [3] H. Jiang, J. Han, A. Lu y X. Liu, «Day surgery management model in china: practical experience and initial evaluation,» *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, vol. 7, nº 11, pp. 4471-4474, 15 Noviembre 2014.
- [4] T. Charles A, Fergal Fleming, W. Mark L, D. B. W, Scott Steele y R. Janice , «Clinical Practice Guideline for Ambulatory Anorectal Surgery,» *Diseases of the Colon & Rectum*, vol. 58, nº 10, pp. 915-922, 2015.
- [5] International Association for Ambulatory Surgery, *Ambulatory Surgery Handbook*, Unión Europea: Co-funded by the health programme of the European Union, 2014.
- [6] C. Nazar j, M. Zamora H y A. González A, «Cirugía ambulatoria: selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos.,» *Rev Chil Cir*, vol. 67, nº 2, pp. 207-213, Abril 2015.
- [7] Secretaría de Gobernación, «Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.,» *Diario Oficial de la Federación*, 23 Febrero 2012.
- [8] S. A. Khan y L. Stephens, «Day-Case Laparoscopic Nissen Fundoplication,» *JSLs*, vol. 16, nº 1, pp. 50-54, 2012.
- [9] D. Shaw y C. A. Tement, «Perioperative Management of the Ambulatory Anorectal Surgery Patient,» *Clin Colon Rectal Surg*, vol. 29, pp. 7-13, 2016.
- [10] J. Han Lee, «Anesthesia for ambulatory surgey,» *Korean journal of Anesthesiology*, vol. 70, nº 4, pp. 398-406, 2005.
- [11] J. A. Aldrete, «Criterios para dar de alta. El puntaje de recuperación postanestésica.,» *Rev. Col Anest*, vol. 24 , nº 1 , pp. 305-312, 1996.
- [12] I. T. Awad y F. Chung, «Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery,» *General Anesthesia*, vol. 53, nº 9, pp. 858-872, 2006.

- [13] A. Whippey, G. Kostandoff, J. Paul, J. Ma, L. Thabane y H. K. Ma, «Predictors of unanticipated admission following ambulatory surgery: a retrospective case-control study,» *Can J Anesth*, vol. 60, pp. 675-683, 2013.
- [14] P. Yan Chan, M. P. Lin Lee, H. Y. Shan Cheung, C. C. Chui y M. K. Wah Li, «Unplanned Admission After Day-case Haemorrhoidectomy: A Retrospective Study,» *Asian Journal of Surgery*, vol. 33, nº 4, pp. 203-207, 2010.
- [15] J. Gupta Pravin, «The Indian Scenario of Day Care Surgery in Proctology,» *Bombay Hospital Journal*, vol. 50, nº 2, pp. 151-156, 2008.
- [16] A. Cavilgia, A. Del Grammastro, R. Crocetta, A. Straniero y F. Giorgiano, «Feasibility of stapled haemorrhoidopexy in Day Surgery,» *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, vol. 13, pp. 295-298, 2009.
- [17] B. Vinson-Bonnet, T. Higuero, J. Faucheron, A. Senejoux, F. Pigot y L. Sipoudhis, «Ambulatory haemorrhoidal surgery: systematic literature review and qualitative analysis,» *Int J Colorectal Dis*, vol. 30, nº 4, pp. 437-435, 2015.
- [18] L. Charúa Guindic y B. López, «Cirugía ambulatoria: Diez años de experiencia en una unidad proctológica de base hospitalaria,» *Hospital general de Mexico*, vol. 66, nº 2, pp. 71-75, 2005.
- [19] D. Jarquín, T. Navarrete, B. Jiménez y L. E. Bolaños, «Fístula anal, experiencia de 5 años en el Servicio de Coloproctología del Hospital General de México,» *Cirujano General*, vol. 36, nº 4, pp. 218-24, 2014.
- [20] B. Vinson Bonnet y F. Juguet, «Ambulatory proctologic surgery: Recommendations fo the French National Coloproctology Society,» *Journal of Visceral Surgery*, vol. 152, pp. 369-372, 2015.
- [21] M. D. Togale, M. S. More y S. S. Shimikore, «Ambulatory Proctological Surgery as a Novel Method of Practice,» *International Journal of Recent Trends in Science and Technology*, vol. 8, nº 3, pp. 216-218, 2013.

**15. ANEXOS**

Hoja de recolección de datos protocolo "CIRUGÍA AMBULATORIA PROCTOLÓGICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN CENTRO DE REFERENCIA"

# EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE CIRUGIA: \_\_\_\_\_ #CASO: \_\_\_\_\_

VARIABLES	INDICADOR	
EDAD	AÑOS	
SEXO	1- FEMENINO 2 -MASCULINO	
DIAGNOSTICO PROCTOLOGICO	TIPO	
CIRUGIA REALIZADA	TIPO	
PROCEDIMIENTO AMBULATORIO	1 – SI 2 – NO	
ANESTESIA ADMINISTRADA	TIPO	
TIEMPO QUIRURGICO	MINUTOS	
SANGRADO	MILILITROS	
COMPLICACIONES TRANSQUIRURGICAS	TIPO	
HOSPITALIZACION NO ANTICIPADA (HNA)	1 – SI 2 – NO	
CAUSA DE HNA	TIPO	
REINGRESOS HOSPITALARIOS	1 – SI 2 – NO	
CAUSA DE REINGRESO	TIPO	
NUEVA CIRUGIA	1 – SI 2 – NO	
SEGUNDO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	TIPO	
DIAS DE NUEVO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	DIAS	