



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

**COMPLICACIONES POR TIPOS DE CIRUGIAS AMBULATORIAS EN
EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON AÑO 2013-2014**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR EL TÍTULO DE MEDICO**

AUTOR: CARLOS DARIO SANTOS ALVARADO

TUTOR: DR. BOLIVAR VACA

GUAYAQUIL – ECUADOR

AÑO 2015



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde al Sr. Carlos Darío Santos Alvarado ha sido aprobada, luego de su defensa publica, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el Grado de Medico

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA
OPTAR EL TITULO DE MEDICO.DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE
TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADA POR EL SR CARLOS DARIO
SANTOS ALVARADO CON C.I.# 0924504541

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES:
**COMPLICACIONES POR TIPOS DE CIRUGIAS AMBULATORIAS EN
EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON AÑO 2013-1024**

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE
APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO.

TUTOR

DR. BOLIVAR VACA



CERTIFICADO GRAMÁTICO

Lcda. LIGIA ROXANA MENDOZA ZAMBRANO con domicilio ubicado en por medio de la presente tengo a bien CERTIFICAR: Que he revisado el trabajo de titulación de grado elaborada por el SR. CARLOS DARIO SANTOS ALVARADO previo a la Obtención del título de MEDICO

TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES:

“COMPLICACIONES POR TIPOS DE CIRUGIAS AMBULATORIAS EN EL HOSPITAL ABLE GILBERT PONTON AÑO 2013-1024”

El trabajo de titulación revisada ha sido escrito de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la lengua española.

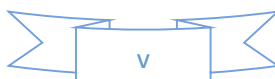
LCDA. LIGIA MENDOZA

DEDICATORIA

Todo trabajo requiere un esfuerzo, y todo esfuerzo tiene una recompensa. Al avanzar otro eslabón más en mi vida profesional, quiero dedicar este trabajo con mucho amor a mi Madre Carmen Narcisa Alvarado Ordoñez que con mucho amor y buenas palabras siempre me mantuvo el ánimo arriba y me ayudo a nunca desfallecer.

A mi padre Mario Juan Santos Astudillo ha sido la fuerza motivadora que me ha impulsado a continuar por el sendero de la superación y la profesionalización, a mi novia y futura esposa por la paciencia que me ha tenido durante la elaboración de este trabajo de titulación,

Los resultados de este trabajo de titulación, están dedicados a todas aquellas personas que requieran obtener mayores conocimientos sobre la Cirugía ambulatoria y sus complicaciones, esperando que sea motivo para inculcar más la investigación sobre este tema de gran importancia.



AGRADECIMIENTO

La gratitud ennoblece el alma del ser humano, por eso en este momento especial de mi vida quiero dar gracias a Dios por haberme llenado de su sabiduría y entendimiento durante mi preparación, a mi familia por el apoyo incondicional, los ánimos y oraciones brindadas para que toda mi preparación este llena de éxitos y bendiciones.

La gratitud a mi enamorada Carolina Macay Mendoza por el apoyo brindado y la paciencia que tuvo para mí durante la elaboración de este trabajo de titulación.

Gracias.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: COMPLICACIONES POR TIPOS DE CIRUGIAS AMBULATORIAS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON AÑO 2013-1024		
AUTOR/ ES: CARLOS DARIO SANTOS ALVARADO	REVISORES: Dr. BOLIVAR VACA	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Medicas	
CARRERA: Medicina		
FECHA DE PUBLICACION:	Nº DE PAGINAS:	
ÁREAS TEMÁTICAS: CIRUGIA		
PALABRAS CLAVES: cirugía, complicaciones		
RESUMEN: La Cirugía mayor ambulatoria (CMA) es aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad que no exigen que el paciente ingrese con anticipación a la cirugía, ni que tras la misma quede ingresado en el hospital. Es decir en la Cirugía Mayor Ambulatoria el paciente acude al hospital el mismo día de la intervención y tras esta regresa a su domicilio. Este estudio se lo realizo en el Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón que se encuentra ubicado en el suburbio de la ciudad de Guayaquil en las calles 29 y Oriente. En el servicio de cirugía del hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el año 2014 se realizaron 7508 cirugías de las diferentes tipos de especialidades que incluyen cirugía general, oftalmología, ginecología y obstetricia, urología, traumatología de las cuales solo 156 pacientes presentaron complicaciones pos quirúrgicas.		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI X	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0984966813	E-mail: dario_che13@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil Escuela de Medicina	
	Teléfono: 042288126	
	E- mail: www.ug.edu.ec	

RESUMEN

La Cirugía mayor ambulatoria (CMA) es aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad que no exigen que el paciente ingrese con anticipación a la cirugía, ni que tras la misma quede ingresado en el hospital. Es decir en la Cirugía Mayor Ambulatoria el paciente acude al hospital el mismo día de la intervención y tras esta regresa a su domicilio.

Este estudio se lo realizo en el Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón que se encuentra ubicado en el suburbio de la ciudad de Guayaquil en las calles 29 y Oriente.

En el servicio de cirugía del hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el año 2014 se realizaron 7508 cirugías de las diferentes tipos de especialidades que incluyen cirugía general, oftalmología, ginecología y obstetricia, urología, traumatología de las cuales solo 156 pacientes presentaron complicaciones pos quirúrgicas.

ABSTRACT

Major ambulatory surgery (CMA) is one in which surgical procedures of medium complexity that does not require the patient to enter in advance of the surgery, or that it left behind in the hospital are made. That is in the Ambulatory Surgery the patient comes to the hospital the same day of the intervention and after this returns home.

This study was conducted at the Hospital Dr. Abel Gilbert Ponton specialties which is located in the suburb of the city of Guayaquil in the streets 29 and East.

In the surgery department of the hospital Dr. Abel Gilbert Ponton specialties in the year 2014 7508 surgeries of different types of specialties, including general surgery, ophthalmology, obstetrics and gynecology, urology, traumatology of which were made only 156 patients had complications post surgical.

ÍNDICE GENERAL

Nº de pág.

Página de título o portada.	i
Página de certificado de aprobación	ii
Página de certificado del tutor	iii
Página de certificado gramático	iv
Página de dedicatoria.	v
Página de agradecimiento.	vi
Ficha de Registro de Tesis	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Índice general de los contenidos.	x
1. INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2.1. Contextos	3
2.1.1. Contexto Macro	3
2.1.2. Contexto Meso	3
2.1.3. Contexto Micro	4
2.2. Justificación	6
2.3. Formulación del Problema	6
2.4. Delimitación del Problema	6
2.4.1 Campo	6
2.4.2 Tema	6
2.4.3 Problema	6
2.4.4 Delimitación espacial	6
2.4.5 Delimitación temporal	6
2.4.6 Interrogantes de la investigación	7
3. OBJETIVOS	8



3.1	Objetivo General	8
3.2	Objetivos Específicos	8

CAPÍTULO II

4.	MARCO TEÓRICO	9
4.1.	Cirugía Mayor Ambulatoria	9
4.1.1.	Definición	9
4.1.2.	Historia de la Cirugía Ambulatoria	18
4.1.3.	Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria	30
4.1.3.1	Tipos	30
4.1.3.2	Áreas Arquitectónicas	31
4.1.4.	Rasgos de la Cirugía Mayor Ambulatoria	34
4.1.4.1	Ventajas	34
4.1.4.2	Desventajas	35
4.1.4.3	Selección de pacientes	38
4.1.4.4	Tipos de cirugías indicadas y riesgo quirúrgico establecido	39
4.1.4.5	Tipo de anestesia requerida y riesgo de anestésico según la ASA	39
4.1.4.6	Aspectos socioculturales y económicos del enfermo y su familia	40
4.1.4.7	Selección de procedimientos	42
4.1.4.8	Lista de procedimientos que por especialidad quirúrgica pueden realizarse dentro del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria	45
4.1.5.	Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón	48
5.	HIPOTESIS	49
5.1.	Variable	49
5.1.1.	Variable independiente	49
5.1.2.	Variable dependiente	49
5.2.	Procedimiento de la investigación	49
5.3.	Análisis de la información	49
5.4.	Aspectos éticos y legales	50

CAPITULO III

6.	MATERIALES Y METODOS	51
----	----------------------	----

6.1.	Lugar de la investigación	51
6.2.	Periodo de investigación	51
6.3.	Universo y Muestra	51
6.3.1.	Universo	51
6.3.2.	Muestra	51
6.4	Tipo de investigación	52
6.5	Nivel de investigación	52
6.6.	Recursos empleados	52
6.6.1.	Recursos físicos	52
6.6.2.	Recurso humano	53
6.6.3.	Criterios de inclusión y/ exclusión	53
6.7.	METODOS	54
6.7.1	TEÓRICOS	54
6.7.1.1	Histórico - Lógico	54
6.7.1.2	Analítico – Sintético e Inductivo Deductivo	54
6.7.1.3	Hipotético - Deductivo	54
6.7.1.4	Empíricos	54
6.7.1.5	Técnicas de recolección de información	55
 CAPITULO IV		
7.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	56
 CAPITULO V		
	CONCLUSIONES	66
 CAPITULO VI		
	RECOMENDACIONES O PROPUESTAS	68
	BIBLIOGRAFIA	69
	ANEXOS	70

1. INTRODUCCIÓN

El estudio del Programa de Cirugía Ambulatoria, los factores de riesgos y complicaciones que se presentan en ella, conlleva al compromiso de encontrar la manera para disminuir las comorbilidades de los pacientes y fortalecer el servicio de Cirugía del Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón y emitir así un aporte significativo para la problemática presentada.

En el Capítulo I se realiza el planteamiento del problema donde se hace un enfoque de la problemática desde diferentes ámbitos, así en el contexto macro se toma referencia de situaciones ocurridas a nivel global. El objetivo general de este estudio que es determinar las complicaciones que presentan los pacientes involucrados en el programa de cirugía ambulatoria del Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón cuyo objetivo está encaminado a buscar la solución de la problemática.

En el Capítulo II se desarrolla el marco teórico donde se describen los conceptos y teorías de las variables, de tal forma que sirvan de sustento para poder argumentar con bases sólidas y científicas todo lo que se recaude en esta investigación. En la conceptualización de la variable independiente, comienza definiendo el término Cirugía Mayor Ambulatoria, su historia y sus tipos, ventajas y desventajas. En la variable dependiente se detalla el criterio de selección de los pacientes de acuerdo a sus antecedentes personales para poder ser incluidos en el programa de Cirugía Ambulatoria.

En el Capítulo III contiene la metodología de la investigación, como son los métodos que se utilizaran en la investigación tanto teórica como empírica, así como las técnicas de recolección de la información, como son la ficha de observación.

En el Capítulo IV se plasman los resultados de los datos obtenidos durante este estudio a manera de tablas y gráficos estadísticos así mismo se realiza un análisis y una breve discusión de los mismos.

En el Capítulo V contiene las conclusiones en las mismas que se detallan los resultados del proceso investigativo con los cuales el investigador da su aporte desde un punto de vista profesional.

En el Capítulo VI se establecen las recomendaciones que el investigador da sobre las posibles soluciones ante la problemática estudiada, así como la bibliografía y los anexos de este trabajo de titulación.

CAPITULO I

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 CONTEXTO

2.1.1 Contexto Macro

El avance logrado en los procedimientos y técnicas anestésicas, en el manejo integral transoperatorio del paciente, y en la regionalización de las unidades hospitalarias, lo cual favorece a la población el fácil acceso a estas, así como el déficit de camas hospitalarias en relación con el número de habitantes, sobre todo en países con pocos recursos económicos, han motivado el diseño de sistemas de salud que hagan mejorar y conservar los recursos económicos en la operación de los servicios.

No obstante y aunque parezca contradictorio, los países de primer mundo son los que inician el programa de cirugía ambulatoria y el de corta estancia, los cuales permiten hacer más eficiente los servicios quirúrgicos; y desde luego aplicando uno de los principios éticos de la medicina que es el de la no Maleficencia que nos lleva a no hacer daño y de esta manera no exponer a riesgos excesivos a los pacientes que se atienden mediante este servicio.

2.1.2 Contexto Meso

En el Ecuador al igual que en otros países se ha venido desarrollando el programa de cirugía ambulatoria en varios de las instituciones tanto del sector público así como en el sector privado, y de esta manera se ha venido aplicando este sistema contribuyendo así a mejorar el sistema de salud ecuatoriano desde el punto de vista quirúrgico ya que se ha ido realizando cirugías con mayor rapidez y de esta manera se disminuyen la listas de espera y se ha podido abarcar un gran porcentaje de la población que anteriormente tenía que pasar semanas y meses esperando una intervención quirúrgica que no se la podía realizar por falta de camas hospitalarias, con la implementación de este programa se pudo aumentar el número de procedimientos quirúrgicos y disminuir así la estadía de los

pacientes en hospitalización para que esas camas que antes se utilizaban en pacientes con cirugías de mínimo riesgo ahora puedan ser utilizadas por pacientes a los que se le realizaron cirugías de mayor complejidad.

2.1.3 Contexto Micro

En Guayaquil, en el Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, se ha venido aplicando en el servicio de cirugía el programa de cirugía ambulatoria, en todas las especialidades en la que los pacientes están actos y tengan un riesgo mínimo de complicaciones, estas especialidades tales como Oftalmología, Urología, Cirugía General y Ginecología, entre otras, permitiendo una gran acogida y una mejora en el servicio y provocando así mayor satisfacción y bienestar en los usuarios de esta unidad.

Para llevar a cabo este programa se necesita una serie de requisitos de los pacientes, es decir los usuarios deben tener un riesgo mínimo de complicaciones, todo esto se determina de acuerdo a la edad, antecedentes personales, hábitos, etc.

Es por esta razón que los profesionales de la salud deben realizar una exhaustiva investigación de los pacientes para que no se presenten complicaciones posquirúrgicas que vayan a perjudicar al paciente; y al mismo tiempo ayudar a que se pueda mantener el servicio quirúrgico que la población demanda tanto de manera urgente como programada.

2.2 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación es importante ya que permite ir caracterizando el servicio de cirugía ambulatoria del Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, ayudará a determinar cuáles son las complicaciones más frecuentes, y los servicios en los que se presentan con mayor frecuencia para así poder mejorar cada día, siempre buscando el bienestar de estos pacientes, para esto se realizara un estudio retrospectivo y de observación de las historias clínicas de los pacientes que han presentado complicaciones.

Este trabajo investigativo es factible su ejecución es factible porque se cuenta con todo lo necesario para ser ejecutado, los investigadores con la disponibilidad de hacerlo, la institución que abre sus puertas para que se estudie la problemática, y los recursos económicos como materiales con los cuales se podrá llevar a cabo el objetivo propuesto.

Los beneficiarios directo son los usuarios del Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, dentro de los beneficiarios indirectos se incluyen todos los que están relacionados con este trabajo en el campo de la salud como profesionales de la salud y directivos mismos que podrán conocer cómo se está desarrollando el programa de cirugía ambulatoria de esta institución.

2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en el servicio de cirugía ambulatoria del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón?

2.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

2.4.1 Campo:

Salud

2.4.2 Tema:

Complicaciones que se presentan en el programa de Cirugía Ambulatoria en el Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el año 2013-2014

2.4.3 Problema

Aumento de pacientes que reingresan al servicio de cirugía por presentar complicaciones posteriores a Cirugías Ambulatorias

2.4.4 Delimitación espacial

Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

2.4.5 Delimitación Temporal

2013-2014

2.4.6 Interrogantes de la investigación

¿Cuáles son las intervenciones quirúrgicas que se realizan en el programa de cirugía ambulatoria?

¿En qué especialidad quirúrgica se presenta mayor riesgo de complicaciones de los pacientes?

¿Cuáles son las complicaciones que con mayor frecuencia se presentan en pacientes sometidos a Cirugía Ambulatoria?

¿Cuántos días permanecieron hospitalizados los pacientes que fueron sometidos a cirugías ambulatorias?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos Generales.-

Determinar las complicaciones que presentan los pacientes involucrados en el programa de cirugía ambulatoria para que se determinen la causa de la rehospitalización en el Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón.

3.2 Objetivos específicos.-

- Identificar el número de cirugías ambulatorias que presentaron complicaciones
- Determinar los tipos de complicaciones que se presentaron en el programa de cirugía ambulatoria
- Caracterizar el servicio de cirugía del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón
- Identificar los factores de riesgo que presentaron los pacientes que tuvieron complicaciones posquirúrgicas.
- Examinar las especialidades quirúrgicas que presentaron mayor número de pacientes con complicaciones posquirúrgicas.

CAPITULO II

4. MARCO TEÓRICO

4.1 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

4.1.1 Definición

Carlos Martínez Ramos (2009) define como “Cirugía mayor ambulatoria” (CMA) aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de moderada complejidad que no exigen que el usuario sea hospitalizado con anticipación a la cirugía, ni que tras la misma quede ingresado en el hospital. Es decir en la Cirugía Mayor Ambulatoria el paciente acude a la institución el mismo día de la intervención y después de la misma regresa a su domicilio.

También se puede definir como una forma de realizar la cirugía en la que se atienden los procesos quirúrgicos, realizados con cualquier tipo de anestesia y que requieren cuidados postoperatorio no intensivos y de corta duración, por lo que no necesitarían ingreso hospitalario y podrían ser dados de alta pocas horas después de finalizada la cirugía. De esta manera se resumen los objetivos que persigue la Cirugía Mayor Ambulatoria de la siguiente manera.

El primer objetivo es conseguir una mayor comodidad y bienestar del usuario, para que de esta manera altere e interfiera mínimamente con su vida familiar, ya que el usuario vuelve el mismo día de la cirugía a su entorno familiar. Es decir no necesita dormir en una cama hospitalaria sino que el enfermo duerme en su propia cama lo cual es una gran ventaja en el proceso de su recuperación.

El segundo objetivo de la cirugía es que minimiza aquellas complicaciones que se podrían derivar del ingreso hospitalario. De estas la más característica y la más típica es la infección nosocomial. Pero además, elimina la ansiedad que produce estar hospitalizado junto con pacientes de mucha mayor gravedad, y desaparece la sensación de soledad ocasionada por estar separado de su entorno familiar.

El tercer objetivo, es que al no necesitar ingreso y por tanto cama hospitalaria, permite reducir el tiempo de espera para la una cirugía, es decir el tiempo en donde el usuario se

encuentra ubicado en una lista a la espera de su cirugía. Finalmente, este tipo de cirugía permite disminuir los recursos hospitalarios ya que, al no necesitar ingreso, las camas que estos pacientes tendrían que ocupar pueden ser destinadas para otros pacientes cuya intervención quirúrgica de mayor complejidad lo requiera necesariamente.

Las intervenciones quirúrgicas que se realizan mediante Cirugía Mayor Ambulatoria se efectúan con las mismas técnicas quirúrgicas y anestésicas con las que se efectuarían si se realizan mediante hospitalización e ingreso. La única diferencia es que no ocupan ninguna cama hospitalaria, cosa que hasta este momento no era así: estas operaciones solían ocupar una cama hospitalaria durante un tiempo que oscilaba entre tres y ocho días, en el mejor de los casos.

En esta época las únicas intervenciones que se efectúan sin ingreso eran operaciones quirúrgicas sobre pequeñas lesiones que tradicionalmente se venían efectuando con anestesia local, y que regresan e inmediato a su domicilio. Este tipo de cirugía constituye lo que denominamos “Cirugía Mayor Ambulatoria”.

Actualmente existen también intervenciones en las que el paciente ingresa y permanece durante un tiempo que oscila entre una y tres noches, como máximo. A este tipo de cirugía se la denomina “Cirugía de Corta Estancia”, y el paso de estos pacientes por el hospital debe considerarse, a todos los efectos administrativos, como un ingreso. Sin embargo estos ingresos de pocos días, como se verá más adelante, permiten ampliar los criterios tanto de aceptación de pacientes como de complejidad de técnicas quirúrgicas de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

A la Cirugía Mayor Ambulatoria se la denomina de muy diferentes maneras según preferencias personales o a las diferentes costumbres. Así se encuentran denominaciones como “Cirugía Ambulatoria”, “Cirugía sin Ingreso”, “Cirugía de un Día”, “Cirugía de pacientes externos”, “Cirugía de alta precoz”, etc. En nuestra opinión el nombre que define más exactamente este tipo de cirugía, es el de “Cirugía sin Ingreso”, ya que no contiene términos equívocos y poco precisos, que se pueden prestar a diferentes interpretaciones, como el de “Cirugía Mayor”. Tampoco incluye términos poco

adecuados e inexactos como el de “Alta Precoz”. Sin embargo el uso ha consagrado el término “Cirugía Mayor Ambulatoria” como el de más amplia aceptación, habiendo hecho fortuna, sobre todo, la denominación mediante su acrónimo “CMA”.

De lo descrito anteriormente se puede decir que el término “Cirugía Mayor Ambulatoria” hace referencia a un tipo de tratamiento quirúrgico sin ingreso de aquellas patologías quirúrgicas que anteriormente se han tratado con hospitalización del paciente, dejando de lado los procesos que siempre se han tratado de manera ambulatoria y que por lo general, corresponden a especialidades como dermatología. En este tipo de cirugía no se trata pues de intervenir de forma distinta a como se hace con enfermo hospitalizado. Desde el punto de vista del usuario el término exacto para llamar a la cirugía ambulatoria sería “Cirugía sin hospitalización”.

En el siglo XIX la especialización de la medicina se acompañó de la pérdida de interés por la historia de la medicina que era considerada obsoleta y envejecida. En contradicción a esta tendencia, se creó en Leipzig (1905), el primer Departamento de Historia de la Medicina. El estudio y enseñanza de la historia se desarrollaba desde un enfoque social, profesional y del hombre enfermo. Las distintas corrientes y escuelas que han ido configurando el pensamiento médico-quirúrgico actual han sido posibles a partir de instituciones hospitalarias que las colectividades de cada época han creado según sus propios modelos sociales. La finalidad social de la medicina que se dirige a la ayuda al hombre enfermo, necesita la estrecha colaboración de la sociedad para restablecer la salud individual y colectiva, mantener una imagen social del médico y una adecuada valoración del enfermo. Aunque las sociedades a lo largo de la historia han condicionado la profesión médica, la resolución de cada médico descansa en sus cualidades personales, habilidad técnica y capacidad de pensamiento.

Los avances vertiginosos de la medicina que incorpora el cálculo matemático y la demostración estadística carecen de valor si no conseguimos mejorar en términos absolutos, es decir, médicos con formación amplia en cultura y valores morales además de conocimientos específicos en el campo médico-quirúrgico en el que se trabaja. La división en especialidades o especialización debe preservar una perspectiva unitaria de

estrecha dependencia entre ellas, trabajo en equipo, considerando al mismo tiempo la práctica de la medicina como un todo, integrada en cambiantes condiciones económicas, culturales y socio-políticas.

La cirugía que empezó rodeada de un halo de magia y misterio, mezcla de ritual de tribu y necesidad social, viene a ser como una figura animal del científico Darwin dentro de su teoría de la evolución de las especies, en la que el entorno la configura para llevarla hacia una estructura biológica cada vez más diferenciada y adaptada al medio, el ancestro de los actuales caballos media apenas 30 centímetros de alzada, ahora 40 millones de años después se han convertido en los poderosos y nobles equinos que todos conocemos. Nuestra generación es el resultado del desarrollo de nuestros antecesores y los que vendrán aportarán sabiduría nueva a los anteriores para crecer sobre los pasos de sus ancestros.

Por espacio de muchos siglos los procedimientos quirúrgicos fueron sólo métodos accesorios de tratamiento en manos de los cirujanos. Lentamente conquistaron un estatuto similar al de éstos y más lentamente todavía el desdeñado “señor” se convirtió en el más respetuoso título de “doctor”. Pero los cirujanos contemporáneos tienen mucho que ofrecer al médico. Los adelantos más recientes en Cirugía han sido llevados a cabo por un equipo de trabajadores. Radiólogos, anestelistas, neurólogos y una gran variedad de especialistas les ayudan. Hubo una fase en que algunos cirujanos más afortunados atribuyeron su éxito al hecho de ser médicos que practicaban la Cirugía. Cirugía y Medicina son materias que para un solo hombre, por mucho talento que tenga, pueda abarcarlas por sí sólo. La especialización en el curso de los años, se ha hecho cada vez más necesaria, operando cambios permanentes en la estructura de la Medicina y la Cirugía. Mediante esta especialización colaboradora se producirán avances aún mayores que están por venir. Las variadas necesidades del individuo determinarán los cambios a introducir en el campo médico-quirúrgico, así como en las demás ciencias. La Cirugía seguirá los progresos de la civilización. Los cambios de ambiente determinarán las peticiones a la Cirugía del mañana. Parece que siempre existirá una Cirugía de guerra y otra de accidentes que serán el reflejo del individuo.

Vinculado a la supercivilización, aumenta incesantemente la longevidad del hombre. Hornell Hart en la década de los 40 (s. XX), sugería seriamente que a fines de siglo el hombre habrá alcanzado cien años de vida por término medio, y que los niños nacidos en el año 2000 podrán vivir doscientos años. Aunque podemos comprobar que este aserto no se ha cumplido en su totalidad, si es razonable su formulación. Es posible que en el futuro el bisturí se utilice para fines plásticos o cosméticos hoy en día impensables.

El hospital mantendrá en la estructura sanitaria del futuro, su posición y significación centrales. Incluso en las postrimerías del siglo XX nos encontramos aún en el proceso a gran escala de transformación de los hospitales, desde el concepto del Hotel Dieu medieval y a través de las instituciones humanitarias del siglo XX hacia lo que ha de ser el centro de salud integrado del tercer milenio. La historia de este desarrollo es al tiempo la respuesta histórica de la Medicina tanto a la evolución de sus conceptos terapéuticos como a las necesidades evolutivamente cambiantes de la sociedad.

Lo que se ha transformado en el curso de nuestro siglo es el concepto global de la Medicina, desde un arte curativo, que actuaba sobre una amplia base empírica, a una tecnología de la curación reducida científicamente; el panorama hospitalario, con su paso de las enfermedades agudas a las afecciones crónicas, y la ampliación del concepto de enfermedad, desde el simple defecto orgánico a las alteraciones psicosociales, con todas las necesidades y deseos que esto despierta en el colectivo de los afectados y las consiguientes cargas financieras que conlleva para los sistemas de seguro. La demanda de prestaciones crecerá en este aspecto continuamente, sobre todo en los campos de una tecnología biomédica progresiva. Junto a la necesaria diferenciación en cada vez nuevos campos especializados –cirugía, ortopedia, cardiología, nefrología- aparecen y se constituyen también de forma más clara otras disciplinas integradoras que rebasan las fronteras de las especialidades –radiología, anestesiología, inmunología-, que conducirán, aparte del refinamiento de los métodos y del perfeccionamiento y ampliación de los dispositivos técnicos, a una organización de equipos de trabajo altamente especializados, los equipos terapéuticos. Diferenciación e integración intervienen e intervendrán, en asociación cada vez más estrecha, mano a mano en este acelerado proceso de desarrollo.

Ante la intensificación creciente de las áreas de alto rendimiento curativo, los hospitales deberán conectarse cada vez más estrechamente a las prestaciones rehabilitadoras y preventivas, y ya hoy se nos ofrece un sistema de una Sanidad que, como en las concepciones clásicas del antiguo arte de sanar, busca el equilibrio entre la conservación de la salud y la erradicación de la enfermedad. La Medicina hospitalaria tiende así hacia la globalidad de un concepto de vida humano, hacia una vía terapéutica que pueda también conseguir la movilización de las reservas de rendimiento y de las capacidades residuales de los impedidos, y cuya meta sea un equilibrio vital óptimo que ha de lograrse hasta edades avanzadas.

No podemos olvidar que la creciente demanda de asistencia hospitalaria es uno de los hechos que caracterizan a la Medicina de este siglo, y en especial de su segunda mitad: el vertiginoso desarrollo de la tecnología aplicada al diagnóstico y a la terapéutica – tecnología, por lo general, extremadamente cara y, en muchos casos, voluminosa-, convierte al hospital en lugar privilegiado para la práctica de la Medicina más eficaz, pues, por otra parte, este crecimiento de la tecnología acompaña al aumento del caudal de conocimientos especializados que obliga a la fragmentación profesional y, correlativamente, al trabajo en equipo. Todo esto obliga a la institución y a quienes en ella trabajan a responder a nuevos problemas de variada índole, y convierte al hospital en objeto de interés privilegiado para el discurso social, el político y el económico.

El número de camas hospitalarias y su utilización son dos aspectos muy interconectados que constituyen, según J. Yates, el origen de un interminable debate entre médicos y gestores sanitarios.

La necesidad de camas para enfermos agudos se está incrementando de forma progresiva, y en ello influye de manera muy importante el envejecimiento progresivo de la población, así como el incremento de las expectativas de vida a los años vividos.

Por este motivo, es frecuente que en los servicios de urgencias de nuestros hospitales existan problemas para el ingreso de pacientes, que a menudo son una fuente de conflictos con los servicios de admisión y las unidades de enfermería. Esta presión de los ingresos

urgentes suele llevar a una cancelación de los ingresos programados, con la repercusión directa que esto ocasiona sobre la calidad de la atención.

Con este marco general, en los últimos años se está suscitando una reflexión en todos los sistemas sanitarios para aumentar la eficacia y la eficiencia de los hospitales. No es la preocupación por el gasto lo único que nos mueve a proponer decisiones como la que esbozamos en este capítulo, sino el propósito de satisfacer, con un número limitado de recursos, las necesidades de una población determinada.

La estrategia de estos cambios va dirigida a incrementar el número de actos médicos y a mejorar la calidad y la rapidez de la atención al paciente, manteniendo constante el número de camas hospitalarias. El giro que se produce en la forma de concebir la atención médica supone un esfuerzo por parte de los profesionales sanitarios, puesto que son ellos los que tienen que tomar las decisiones, con el apoyo, eso sí, en primer lugar, de los nuevos avances tecnológicos, que reducen la agresividad de las intervenciones, disminuyendo considerablemente la estancia en el hospital y, en segundo término, con el respaldo de la Administración sanitaria, que apoya con infraestructura y dotación esta política de atención sanitaria.

La cirugía mayor ambulatoria (CMA), como sistema funcional organizado, nació en el Reino Unido a mediados del siglo XX, como iniciativa del Sistema Público de Salud para disminuir las listas de espera quirúrgicas y adecuar, de forma racional, el binomio demanda asistencial y recursos sanitarios disponibles.

Este procedimiento fue rápidamente incorporado y desarrollado a partir de 1960 en EE.UU., donde sin duda se vio favorecido por las características de su sistema de salud, ya que muy pronto las compañías de seguros y los centros hospitalarios privados intuyeron el importante potencial de reducción de gastos que conllevaría. Destacan las experiencias del Bittenwath Hospital de Michigan, en 1961, y la de la Universidad de California en Los Ángeles, llevada a cabo en 1962, por Cohen y Dillon, que afirmaban en esa época que “la seguridad de los pacientes no está en dependencia de que estén o no ingresados, relacionándose más con una adecuada selección de pacientes y una cuidada

práctica quirúrgica y anestésica”. Posteriormente, la creación del Surgicenter de Phoenix, en 1969, representó una innovación en la asistencia sanitaria que demostró que un centro totalmente independiente de un hospital podía prestar una asistencia de igual calidad pero a menor coste.

El término cirugía mayor ambulatoria nace en 1986 con la publicación del trabajo de J. E. Davis de igual título.

En nuestro país, el desarrollo de este tipo de cirugía se desarrolló a partir de los años noventa. En 1992, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la Guía de Organización y Funcionamiento de la cirugía mayor ambulatoria.

Existen múltiples razones científicas que justifican todas estas iniciativas, pero a ellas se añadió, por necesidad, el criterio de adaptar la demanda asistencial a los recursos sanitarios disponibles. Esta imperiosa necesidad cambiará los parámetros sanitarios actuales, de hecho, ya que el personal sanitario debe prepararse para asumir la responsabilidad de su coparticipación inexcusable en la mejora de la calidad asistencial y en la racionalización del gasto sanitario.

La cirugía mayor ambulatoria es un óptimo modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a pacientes bien seleccionados, de una forma efectiva, segura y eficiente, sin necesidad de contar con una cama de hospitalización tradicional.

En la práctica de la medicina actual, nos enfrentamos al reto de proporcionar una asistencia ágil, de calidad, y a un coste razonable, lo que significa revisar algunas de nuestras prácticas y eliminar aquellas que sean obsoletas e innecesarias. Hay que buscar soluciones que mejoren la atención de nuestros pacientes. La cirugía mayor ambulatoria es una de esas soluciones, puesto que es una asistencia organizada que pretende dar una respuesta más acorde a la realidad demográfica, epidemiológica, tecnológica y económica de nuestro entorno.

Los efectos de la cirugía mayor ambulatoria son bien conocidos permite una organización de la asistencia por niveles de cuidados simplificando los procesos diagnósticos y terapéuticos, incrementa las actividad productiva, y favorece una atención más personalizada y una satisfacción del paciente.

La verdadera importancia de la cirugía mayor ambulatoria radica, por un lado, en la necesidad de mejorar el uso de unos recursos limitados y, por otro, en las expectativas de los pacientes, que demandan una atención cada vez más ágil, rápida y eficaz.

En España, la difusión de la cirugía mayor ambulatoria se ha favorecido por la necesidad de aumentar la eficiencia del sistema sanitario, la existencia de listas de espera para determinadas intervenciones (subsidiarias en un alto porcentaje de CMA) y, como consecuencia, por las presiones para aumentar la actividad quirúrgica.

El desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria en los hospitales públicos españoles ha sido lento. En 1982, el grupo de los Drs. Polo y García Sabrido, del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, inició un programa de cirugía de la hernia inguinal sin ingreso. En 1990 se creó la primera unidad de España, integrada en el hospital de Viladecans.

En el aspecto del impacto económico la cirugía ambulatoria permite, aumentar la eficiencia del sistema, ya que mantiene los resultados con un menor consumo de recursos y un menor coste unitario.

La reducción del coste del proceso frente a la cirugía con ingreso se estima entre un 25% y un 30% pues aunque el coste de la intervención es muy similar, en la cirugía mayor ambulatoria el coste hotelero y de personal se reduce. Pese a que la reducción del coste para el hospital podría suponer que se transfieren costes al sector extrahospitalario (atención primaria, familia), éstos no parecen ser muy elevados.

El aumento de la cirugía mayor ambulatoria generalmente viene acompañado de un incremento de la actividad quirúrgica global, ya que la actividad quirúrgica con ingreso no suele reducirse en la misma proporción; por ello, a pesar de que la cirugía mayor

ambulatoria reduce el coste unitario, el gasto global para el centro podría aumentar. Sin embargo, este aumento del gasto sería menor que el aumento de la productividad del centro, ya que el coste marginal de cada proceso adicional es menor. Es decir, aumentar la productividad quirúrgica mediante la CMA es menos costoso que hacerlo a través de la cirugía con ingreso.

4.1.2 Historia de la Cirugía Ambulatoria

Dentro de la literatura que ha sido consultada para este trabajo de investigación se ha encontrado una serie de datos referente a la evolución histórica de la cirugía ambulatoria y la que más nos ha llamado la atención es la que describe Martínez-Ramos en el 2009 que nos dice.

Surgen cirujanos que prefieren que los pacientes pasen el postoperatorio en su domicilio por motivos: psicológicos, sociales e incluso económicos, especialmente los niños toleran mal la separación de los padres por que soportan una gran sobrecarga emocional. A finales del siglo pasado se inician las primeras experiencias en cirugía mayor ambulatoria.

En 1.886, Chilson, profesor de oftalmología de la Universidad de Maryland, publica excelentes resultados en la cirugía de cataratas y no restringe el movimiento postoperatorio.

En este orden de acontecimientos los hechos históricos que impulsaron el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria comenzaron a principios del silo XX.

La primera práctica documentada de cirugía mayor ambulatoria la realizó Nicoll en el año 1.908, que operó a 2.392 niños de manera ambulatoria en el Royal Hospital for Sick Children de Glasgow, de patologías del tipo deformidades de los pies, hernias inguinales o labio leporino. Un año después, presentó en la British Medical Association 8.988 intervenciones en niños del tipo herniorrafias, correcciones de alteraciones en los pies zambos con resultados comparables al de los pacientes hospitalizados. En su artículo ya apuntaba la posibilidad de realizarla en casos similares en adultos. Numerosas

publicaciones, desde entonces, afirmaron la seguridad y eficacia del sistema y en la actualidad las clínicas de cirugía ambulatoria (Surgicenters) están ampliamente difundidas en Norteamérica y su número ha crecido anualmente de modo casi exponencial.

En 1899, Reis fue el primero en preconizar la idea de la deambulación temprana en los enfermos quirúrgicos. Oponiéndose a las prácticas de la época describió la ausencia de complicaciones en pacientes a los que se les practicó celiotomía vaginal e iniciaron deambulación precoz.

Hans Christian Jacobaeus, en 1.910, médico internista sueco, aportó sus experiencias con la técnica de la laparoscopia. Estos trabajos concluían que la recuperación de los enfermos era más rápida.

La idea de la época consistía en que para una cura y cicatrización era imprescindible una larga temporada en cama.

En la segunda y tercera década del siglo XX, se inició una etapa que se caracterizaba por periodos de corta estancia de los ingresos quirúrgicos. En 1.928, en EE.UU, se operan cataratas con estos criterios.

En Europa, en el año 1938 Gertrude Herzfeld, cirujana honoraria del Royal Edinburg Hospital for Sick Children, comunica su experiencia con hernias en la infancia; publica 1000 casos de mala adaptación del niño al hospital, decidiendo el alta a las dos horas de hospitalización, a pesar de la anestesia general practicada en la mayoría de los casos.

En la disciplina de oftalmología, Smith (1.947), Ching (1.958) y Christy (1960), proponen que se emplee una estancia reducida.

La Cirugía Mayor Ambulatoria, tal como hoy es conocida, fue propuesta en 1955 por Farquharson como un método eficaz para disminuir las listas de espera del tratamiento de la hernia inguinal en Gran Bretaña.

Es en la década de los sesenta cuando se organizan en EE.UU. programas de CMA en Michigan y Los Ángeles apoyados por un nuevo concepto anestésico. A finales de los años 50 e inicios de los 60, la ambulatorización gana adeptos por las nuevas tecnologías y la limitación de los recursos.

En EE.UU., en 1.985 el 30 % de la cirugía se realiza en régimen ambulatorio; actualmente cerca del 50 %.

En 1.968 se crea Providence Rhode Island, el primer centro de cirugía ambulatoria Surgicenter, seguido de otros muchos, que son Unidades aisladas que practican cirugía con traslado inmediato al domicilio; manteniendo dependencia física o administrativa con su hospital de referencia.

En 1969 se crea la fundación Surgicenter de Phoenix, Arizona. Reed y Ford marcan el inicio de una nueva forma de entender la cirugía y que adquirirá un gran desarrollo en EE.UU., durante los años 70 y 80. Se desarrolla el modelo de Unidad de Cirugía de Día independiente de un centro hospitalario.

En 1.982 en EE.UU., estos centros eran 150 y en el 70 % de los hospitales se habían creado Unidades de Cirugía sin Ingreso. En estas fechas se seguía investigando en programas nuevos de CMA (14).

En 1.985, el Royal College of Surgeons publicó unas pautas y recomendaciones para aplicar en estos centros, y una lista de procedimientos idóneos para la práctica en régimen ambulatorio.

En EE.UU. entre 1.985 y 1.990, según diversos autores, del 45 al 50 % de procedimientos son de CMA, y se preveía que en el año 2.000 aumentarían un 10 % más, entre el 60 y el 66 % de todas las intervenciones.

En Europa el desarrollo ha sido mucho más lento, pero se ha ido imponiendo progresivamente, con un crecimiento de alrededor del 18,5% en el Reino Unido; y con porcentajes similares en Alemania, Italia, y Francia.

En la actualidad, el nivel de actividad quirúrgica ambulatoria en España es inferior a otros países como Francia, Italia o Portugal (23).

En 1.995 se fundó en Bruselas la I.A.A.S. (International Association for Ambulatory Surgery), iniciándose la agrupación de un gran número de asociaciones y federaciones de todo el mundo que tienen el objetivo de estudiar esta nueva modalidad de cirugía.

En España se produce un cambio significativo en el funcionamiento de los hospitales y en la atención a los pacientes con la introducción de la CMA en la década de los años 90.

En 1.989 se organiza el Simposium Internacional de Cirugía Mayor Ambulatoria en Toledo, en 1.992 el I Congreso de Cirugía Mayor Ambulatoria en Barcelona y en 1.994 se funda en Toledo la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Desde este momento se desarrollan en España diversas experiencias piloto bien de tipo general o monográfico.

La Cirugía Mayor Ambulatoria también se conoce por Cirugía de Día o Cirugía Sin Ingreso y se denomina así a la atención a procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que los pacientes no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento.

Durante la década de los 80 se introduce en nuestro país una reforma sanitaria, la denominada Asistencia Sanitaria Gestionada (Managed care), intentando crear un sistema que equilibre el servicio prestado con los recursos disponibles. Entre las medidas tomadas, aumenta la autonomía de los hospitales, participación de los facultativos en la gestión, racionalización de la asistencia, con reducción de la estancia hospitalaria, considerada innecesaria en un 30 % de los casos.

Algunos autores escriben a cerca de la cirugía sin ingreso, postulando que asisten a más pacientes que la cirugía convencional. Otros dicen que el incremento del costo económico y social que genera la cirugía con hospitalización, obliga a nuevos procedimientos de asistencia para racionalizar la financiación y gestión de los recursos. Rodríguez Armijo manifiesta que la lista de espera y los costes por motivo de la cirugía con hospitalización mejora con CMA.

De esta manera se apunta con seguridad, que los inicios de la cirugía ambulatoria o cirugía sin ingreso se sitúan a principios del siglo XX. En los años sesenta se desarrolla en Estados Unidos de Norteamérica de forma individual por profesionales que se dedican a ella y, posteriormente, se crean centros para impulsar la CMA. En la década de los ochenta se inicia su desarrollo en Europa, concretamente en Gran Bretaña que se impulsa a través de los profesionales. Los cambios que en esta década empiezan a aparecer en Estados Unidos son la ampliación de la cirugía ambulatoria y la introducción de procedimientos mínimamente invasivos. Alguno de los factores que impulsan la CMA son:

- a) El alto coste del ingreso hospitalario.
- b) La introducción de nuevos anestésicos y analgésicos.
- c) Incentivos al cirujano y al paciente por las compañías de seguro.
- d) Desarrollo tecnológicos.
- e) Evolución de servicios alternativos, cuidados de enfermería y áreas de recuperación diseñadas para generar menores gastos.

En la década de los 80, la atención a la salud en los Estados Unidos incremento su coste en un 109 % y de él la hospitalización en un 135 % que representaba el 40 % del gasto total de la salud. Este hecho impulsó las iniciativas privadas para incentivar la ambulatorización de los tratamientos. Consistían en reducir el pago del paciente así como estimular los emolumentos del cirujano por intervención ambulatoria.

El resultado de esta apuesta favorable de las compañías aseguradoras se tradujo en el desarrollo de unidades del tipo: integradas en un hospital, satélites pero dependientes del

hospital o autónomas. Entre 1984 y 1992 el número de unidades independientes aumentó de 330 a 1.690. Los procedimientos quirúrgicos siguieron una suerte similar, en la década de los 80 y según Comunidades Autónomas los procedimientos quirúrgicos ambulatorios representaban el 28 y el 40% y en 1991 ya eran del 50,3 %.

En el sistema americano, los recursos ahorrados se usaban para potenciar otros servicios médicos.

Hay que considerar que países con medicina nacionalizada la potenciación de este sistema repercute, por un lado, en la reducción de la lista de espera quirúrgica. Pero por otro, al calcular el costo total de la cirugía ambulatoria hay que incluir el costo de otros servicios que son imprescindibles para el desarrollo de la cirugía ambulatoria.

El desarrollo de la CMA ha sido muy importante en EE.UU. y Gran Bretaña en los últimos años, aunque con objetivos asistenciales y sistemas organizativos muy diferentes. Sin embargo, y a pesar de su demostrada efectividad como forma de tratamiento quirúrgico, su expansión no ha sido lo rápida que se preveía en otros países debido a múltiples factores socioculturales, económicos y organizativos.

Las diferencias estructurales y organizativas de los sistemas sanitarios de nuestro entorno económico-social hacen difícil el análisis y la exposición detallada de las dificultades a las que se enfrenta cada administración en concreto, si bien el objetivo compartido por todos los sistemas sanitarios de mejorar su eficiencia está en la base de un interés por el desarrollo de la CMA.

En España en los últimos años y merced a iniciativas de profesionales sanitarios, se han desarrollado programas de CMA aislados que, si bien operativos, adolecen del soporte de una planificación institucional, razón por la que la Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria quiere suministrar al Sistema Nacional de Salud las bases para que el desarrollo de la CMA se realice con el mayor éxito posible.

El análisis permitió identificar, por un lado, los aspectos beneficiosos y la necesidad de implantación de la CMA en España y, por otro lado, los problemas y dificultades que se plantean en su desarrollo.

En España la actividad de la CMA comienza en 1.987 y el primer artículo que se publica sobre pacientes quirúrgicos ambulatorios es en 1988.

En octubre de 1990 se inauguró en el Hospital de Viladecans de Barcelona, la primera unidad de CMA con la finalidad de atender al paciente quirúrgico mediante anestesia local, regional o general en unas estancias preparadas para dar de alta y remitirlo a su domicilio.

El Hospital de Viladecans empezó a funcionar el año 1988, con 114 camas y un área de referencia de 110.000 habitantes. Desde sus inicios incrementaba rápidamente sus listas de espera y con escaso crecimiento presupuestario, lo que obligó a remodelar una superficie de 600 metros cuadrados para adaptarla como Unidad de CSI. Al realizar intervenciones sin demora y con un alto grado de satisfacción de los pacientes y sus familiares, las intervenciones de CMA pasaron desde un 11 % en el año de su apertura hasta el 63 % en el año 1993.

En 1992 se creó la primera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) en el INSALUD, en el Hospital de Paraplégicos de Toledo. Su creación y apertura se precedió de un análisis previo de las características demográficas de la población del área, la demanda de procesos subsidiarios de ser atendidos, los recursos humanos y técnicos necesarios y el estudio presupuestario de todas las actividades de la Unidad. Según recoge su memoria de resultados con su creación se ha pretendido alcanzar el objetivo de ofertar a la población de su entorno una prestación ya implantada en Europa Occidental y Estados Unidos para modernizar técnicas quirúrgicas y anestésicas, buscando el mayor confort y la menor distorsión en la vida y familia del paciente.

Según Villacorta, en este mismo año, en septiembre de 1992, se inauguró en el Norte de Madrid el primer Centro Médico Privado de cirugía mayor ambulatoria, a la vez que se

establece el Sistema de CMA dentro de la Unidad de Cirugía General y Endoscópica en un hospital privado, integrándose en la estructura general del hospital.

También en 1992 tuvo lugar el Primer Congreso Nacional de Cirugía Ambulatoria en España y a partir de aquí se fundó la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA).

Los días 9 y 10 de Mayo de 1994, se celebró en Madrid un Simposium sobre CMA, prestando un especial interés por las técnicas anestésicas, que juegan un papel clave en el desarrollo de estos programas.

En 1995 se realizó el Segundo Congreso Nacional de Cirugía Ambulatoria (Sevilla) y se creó la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS).

En 1993, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

En 1994, el INSALUD consideró que la CMA debía ser un objetivo prioritario y estableció que se financiaría con una cantidad previamente establecida. En 1999 se pasó a financiar por proceso, a través de la unidad de complejidad hospitalaria (UCH), y el hospital recibe la misma financiación al realizar una intervención ambulatoria o con ingreso, favoreciendo el impulso que necesitaba la CMA.

Sin embargo, los factores que favorecen su desarrollo son: el incremento progresivo de los costes de los servicios hospitalarios, el aumento de las listas de espera, la seguridad y eficacia demostradas por la CMA, la irrupción de procedimientos endoscópicos y laparoscópicos, los avances anestésicos con fármacos que permiten una rápida recuperación de los pacientes y los profesionales con iniciativa.

La evolución de las técnicas anestésicas en oftalmología ha seguido un curso paralelo a los avances obtenidos en esta especialidad.

Desde el descubrimiento de la cocaína como anestésico local por Koller en 1884 y su empleo por Knapp por vía retrobulbar, hasta la aceptación definitiva de esta técnica, transcurrieron cincuenta años. Desde este descubrimiento, la anestesia local ha sido una alternativa a la anestesia general. Hoy la anestesia regional se emplea en numerosos procedimientos, y sobre todo en la cirugía de cataratas. Hasta un 70 % de las cataratas en pacientes mayores de 70 años se realizan en régimen ambulatorio.

La disponibilidad de agentes anestésicos de acción rápida y corta (desflurano, sevoflurano, propofol) y de opiáceos (remifentanilo) con rápida metabolización y ausencia de depresión respiratoria tardía han contribuido de manera importante al avance de la cirugía ambulatoria, ya que todos sus efectos clínicos están orientados a facilitar la recuperación temprana.

Los anestésicos inhalatorios, sevoflurano y desflurano, por su bajo coeficiente de participación sangre/gas y su baja solubilidad tisular facilitan un control preciso de la concentración alveolar durante el mantenimiento y una rápida recuperación al cesar su administración. El propofol, por sus características farmacocinéticas y farmacodinámicas, es considerado uno de los agentes de elección, tanto para la inducción como para el mantenimiento en cirugía ambulatoria. La asociación de remifentanilo con propofol o desflurano es de esperar que acorte los tiempos de despertar y facilite un alta más temprana de las unidades de CMA.

La adecuada analgesia postoperatoria constituye un criterio de alta en la unidad, y es una de las claves del éxito de los programas de CMA. Se ha demostrado que el grado de satisfacción del paciente guarda una relación directa con el control del dolor postoperatorio.

En 1909, en la clínica quirúrgica de Heidelberg (Alemania), se redujo la incidencia de intervenciones con anestesia general de un 85 % a un 52 %. Actualmente frente a la disparidad existente entre la demanda de asistencia médica y la disponibilidad de recursos, la anestesia local vuelve a ser una alternativa al permitir una mejor utilización de las camas hospitalarias.

En 1969, Alexander Williams comentaba que sí el Servicio Nacional de Salud no disponía del dinero necesario para dar un servicio perfecto, la única alternativa era el uso más racional del dinero disponible. La razón para hospitalizar a los enfermos intervenidos estaba en la antigua idea de que el reposo era necesario para la buena consolidación de las heridas quirúrgicas.

En el momento actual, donde la sanidad debe sujetarse a los parámetros de racionalidad económica, es cuando la cirugía ambulatoria recobra todo su sentido. La adaptación de la demanda asistencial a los recursos disponibles debe hacerse sin repercusión sobre la calidad asistencial y dirigirse hacia la hospitalización innecesaria. En nuestra experiencia hemos comprobado cómo una buena relación médico-enfermo es altamente eficaz en el sentido de disminuir la ansiedad del paciente quirúrgico ambulatorio. Esta disminución de la ansiedad se consigue a base de una información precisa sobre ambas opciones – hospitalaria y ambulatoria – junto con la libre elección de una de ellas.

El ahorro económico, la calidad asistencial y el grado de aceptación conseguidos en otros países, también se pueden obtener en nuestro sistema sanitario. Desde que Farquharson, en Europa, y Trice, en Estados Unidos, preconizaron, a mediados de siglo, la herniorrafias con anestesia local y sin hospitalización, en la literatura internacional han aparecido múltiples comunicaciones demostrando la rentabilidad de este procedimiento.

De las experiencias de esta literatura podemos deducir que:

- a) La tercera parte de los procedimientos quirúrgicos en los que implican a todas las especialidades quirúrgicas y los diferentes procedimientos (entre los que incluyen endoscopias, biopsias, reducción de fracturas, dentro de las cirugías de especialidades como, hernioplastias, cirugías de cataratas entre otras), todas estas se puede realizar de modo ambulatorio, con una tasa muy baja de morbilidad posoperatoria.

- b) La satisfacción y bienestar para el paciente y para el personal sanitario es mayor, y con un menor consumo de tiempo médico.
- c) Los costes se reducen aún más, pues se ahorra entre un 48-72 % de servicios y pruebas innecesarias.

El programa de cirugía Ambulatoria aplicado en las unidades de salud persigue una serie de objetivos de diversa índole:

- Acortamiento de la Lista de Espera. Descongestión sanitaria con mayor disponibilidad de camas.
- Disminución de los costes asistenciales.
- Disminuir el impacto emocional que representa para el paciente y su familia sacarlo de su ambiente habitual con el motivo de una hospitalización prolongada

En resumen, disminuir costos de atención quirúrgica para el enfermo y la institución, reducir riesgos perioperatorios y ayudar psicológicamente al paciente y su familia.

Con carácter retrospectivo desde la implantación de la CMA en nuestro país podemos considerar la mejoría del sistema de salud que incluso ya se han creado entidades de atención del día en las diferentes instituciones ya sea públicas o privadas, y así mismo la realización de convenios para la utilización de las mismas para así descongestionar más las listas de esperas de las entidades con mayor afluencia de usuarios.

La lista de espera se define como “la demanda expresada que no puede ser atendida en ese momento” y está formada por las personas que han solicitado recibir un servicio y están esperando para ser atendidos.

Los tipos de espera representan un serio problema para cualquier sistema de salud. Hasta ahora en nuestro sistema de salud se ha actuado sobre las listas de espera quirúrgicas, que son las más evidentes, pero no necesariamente son las más graves. Las listas de espera

para consultas externas y para determinados procedimientos terapéuticos y diagnósticos revisten, si no más importancia que las listas de espera quirúrgicas, al menos la misma.

La espera para consultas y procedimientos diagnósticos genera en los usuarios una mayor falta de confianza en el sistema pues supone una ansiedad ante el diagnóstico posible, mientras que la lista de espera quirúrgica es para solucionar un diagnóstico conocido no grave aunque sí, en ocasiones, invalidante.

Las listas de espera reflejan deficiencias del modelo macroeconómico actual de los sistemas de salud, al no existir adecuados moduladores de la demanda, y coincidir, en ocasiones, con una falta de adecuación organizativa.

Se enumera a continuación los principales tipos de cirugía ambulatoria, según DominguezAdame:

- a) Cirugía menor ambulatoria: Es la realizada en consulta o quirófano adaptado con anestesia local. No precisa estancia en sala de recuperación.
- b) Cirugía mayor ambulatoria: Se practica con cualquier tipo de anestesia, precisa estancia en sala de recuperación postquirúrgica no superior a 8 horas, y se produce el alta el mismo día de la intervención.
- c) Cirugía ambulatoria de recuperación tardía. Se produce el alta al día siguiente de la intervención quirúrgica, no superior a 23 horas desde su ingreso. Se realiza con cualquier tipo de anestesia, precisa estancia en sala de recuperación postquirúrgica.
- d) Cirugía de corta estancia: Requiere hospitalización entre 24 y 72 horas; siendo esta última hora la máxima donde se dará de alta.

4.1.3 Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria

4.1.3.1 Tipos

Según el manual español de Cirugía mayor ambulatoria (2011).

La unidad de CMA (UCMA), se define como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia sanitaria multidisciplinaria a procesos mediante CMA, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia. Existen tres diferentes formas:

A. Integrada, incluida y controlada por el hospital.

Tipo I: Se comparten todos los recursos con el hospital. Esta integración completa provoca interferencias en las circulaciones y en la funcionalidad de los miembros de la unidad que comparte actividad con el resto del bloque quirúrgico.

Tipo II: Aunque con organización independiente sus miembros a tiempo completo o parcial, se integran en una doble dependencia a través de la Unidad y de los Servicios Quirúrgicos. Diferenciándose con la anterior en que la admisión y la zona de readaptación al medio están diferenciadas.

Tipo III: Los recursos quirúrgicos, de consulta y de admisión son propios, pudiendo estar en el hospital pero con una clara delimitación arquitectónica o bien fuera de él. Estas unidades ofrecen en teoría una mejor circulación intrahospitalaria pero requieren mayor inversión inicial mayor.

B. Autónoma o free-standing, en edificios distantes pero controlados por el hospital, con una dependencia administrativa.

C. Independiente. Organización propia y estructura totalmente independiente.

En lo descrito en el manual español enseña los diversos tipos de unidades de cirugía mayor ambulatoria a los que se puede someter un sistema de salud, el mismo que se ha ido aplicando de una forma idónea en nuestro país el cual ya cuenta con diferentes tipos de unidades de atención en el servicio de cirugía mayor ambulatoria.

4.1.3.2 Áreas Arquitectónicas

Existen tres áreas bien diferenciadas en la UCMA:

- Área de Actividad.
- Área de Soporte.
- Área Administrativa.

El área de actividad representa la mayor superficie y estará condicionada por:

- El tipo de procedimiento.
- Número de procedimientos/año.
- Duración media de los procedimientos.
- Horario de funcionamiento del quirófano.
- Días que la unidad está abierta.
- Número de días laborales al año.

Las áreas arquitectónicas indispensables de las UCMA son:

- a) Admisión y recepción: Deberá ser un área de fácil acceso que incorporará un espacio para atención al paciente. Es importante un grado de privacidad para la obtención de datos personales y la suficiente capacidad física y tecnológica para desarrollar eficazmente su actividad.
- b) Consulta: Evaluación clínica, y anestésica si se requiere, para el diagnóstico, selección e información del paciente.

- c) Sala de Espera: Zona específica para familiares y pacientes, confortable y con aseos para los casos de prolongación del proceso quirúrgico.
- d) Vestuarios diferenciados por sexo para pacientes y personal, con taquillas, lavabo e inodoro.
- e) Área de preparación preoperatoria: Sus funciones son de cumplimiento del proceso y de las instrucciones preoperatorias, evaluación anestésica y preparación específica.
- f) Quirófano: Intervención quirúrgica del paciente seleccionado. Es recomendable un mínimo de dos quirófanos para conseguir mayor eficacia. Serán diseñados según el tamaño mínimo adecuado, 35 m², y dotados de manera específica para las funciones que en el se lleven a cabo, con tomas de gases en torretas y paredes accesibles.
- g) Área de Despertar: Zona de monitorización de las constantes vitales en el inmediato postoperatorio. Zona de recuperación de la conciencia, estabilidad y reflejos vitales. Esta sala debe incluir camas, equipos y utillaje completos de monitorización, resucitación y farmacología, disponibles de forma inmediata ante cualquier emergencia.
- h) Área de readaptación al medio o Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA): Se completa la monitorización previa al alta, y una vez que cumple los requisitos prealta se informa con las oportunas instrucciones a paciente y familiares. Dispone de sillones reclinables que permiten adoptar progresivamente la posición de sedestación a partir de la posición de decúbito. En esta readaptación al medio se permite el acompañamiento de un familiar, posibilitando un ambiente más familiar.
- i) Alta: Salida, si se comprueba que se han cumplido todos los puntos anteriores.

En resumen se observa que para que el programa de cirugía ambulatoria sea llevado idóneamente se requiere de un arduo trabajo multidisciplinario de toda una entidad de salud, al mismo tiempo que de una infraestructura óptima que permita llevar a cabo todos este programa.

Entidades nosológicas en Cirugía Mayor Ambulatoria

Según Detmer escribía en 1982, el 75% de las intervenciones de Cirugía Ambulatoria se realizan en los diez procesos más frecuentes en régimen ambulatorio:

1. Dilatación y raspado ginecológicos.
2. Miringotomía.
3. Ligadura de trompas.
4. Pequeña ortopedia.
5. Estomatología.
6. Extirpaciones cutáneas.
7. Laparoscopia.
8. Amigdalectomía y adenoidectomía.
9. Cistoscopia.
10. Artroscopia.

En esta década de los 80 y según el American College of Surgeons, de los diez tipos anteriores de intervenciones más habituales que se efectuaban, seis serían candidatas de llevarse a cabo según los principios de la Cirugía Ambulatoria:

- 1) Biopsias (diversas)
- 2) Dilatación y raspado ginecológicos.
- 3) Extirpaciones cutáneas.
- 4) Ligadura de trompas.
- 5) Cataratas.
- 6) Hernia inguinal.

4.1.4 Rasgos de la Cirugía Mayor Ambulatoria

4.1.4.1 Ventajas

Según Sánchez de la Vega, D. y Esteban, F. (2005),

- Disminución de la lista de espera:

Con el desarrollo de programas de corta estancia se evitan estancias innecesarias que agilizan el recambio de pacientes en el medio hospitalario, acelerando la entrada de pacientes que de otro modo deberían esperar a ser intervenidos. Se liberan camas para pacientes más graves y a la vez se reduce la demanda de intervención quirúrgica.

- Disminución del coste asistencial:

Con disminuciones de un 20 a un 30 %. La reducción del uso de la cama hospitalaria reduce el coste por proceso tratado, según Ruckley, las estancias por hernia inguinal pueden acortarse seis días, las intervenciones de varices en cinco días y las apendicectomías en cuatro.

- Atención Personalizada:

Se acerca la relación médico-paciente.

- Disminución de la ansiedad:

Se desdramatiza el acto quirúrgico. El paciente se desenvuelve en un medio más asequible y cercano a su cotidianidad, contribuyendo a su tranquilidad personal.

- Al disminuir el tiempo de estancia hospitalaria:

1. Menor riesgo de infección hospitalaria

2. Mínima alteración del modo de vida familiar y social, con reincorporación rápida al trabajo.
3. El paciente abandona su medio tan sólo unas horas. Principalmente importante para personas dinámicas que prácticamente no ven interrumpido su ritmo de vida actual.

4.1.4.2 Desventajas

- Incumplimiento de las instrucciones que reciben en la fase de prealta:

El que más importancia nos merece destacar es el referente al ayuno o indicaciones médicas previas con fármacos, dieta, reposo, etc. que obliga a posponer o suspender la intervención.

- Sensación de abandono por parte del paciente a partir del alta hospitalaria:

En el hospital el paciente recibe atención cualificada en un medio con infraestructura adecuada. Esta pérdida se puede mitigar con información orientada a evitar una percepción de cambio brusco en el paso del entorno sanitario al familiar.

- Inadecuada colaboración de la familia:

Es necesaria la colaboración de un familiar adulto responsable que asegure cuidados postoperatorios y vigile un reposo mínimo del paciente.

- Dedicación exclusiva de los especialistas:

Evitar que el desarrollo práctico y formativo del cirujano y el anestesista se circunscriban con exclusividad en la ambulatorización.

Dedicación de insuficiente tiempo a la información:

Es necesario dedicar un tiempo suficiente para informar adecuadamente a los pacientes evita temores innecesarios que perjudican tanto a pacientes como a familiares. La

información escrita explicada en lenguaje llano y comprensible mejora la colaboración y la buena marcha general de las fases tanto pre como postoperatoria.

Ventajas	Inconvenientes
Paciente: • Menor impacto emocional y físico de la cirugía • Mejor calidad y mayor satisfacción • Menor separación de la familia • Menores cambios en los hábitos personales y familiares.	• Temor o desconfianza del paciente • Traslado del peso de la recuperación al domicilio • Aumento de los gastos indirectos por traslado de gastos de asistencia al paciente. • Cambio de las rutinas familiares y domiciliarias.

Ventajas	Inconvenientes
Institucionales: • Reducción de las listas de espera • Mejorar la satisfacción del cliente • Uso más racional de los medios • Redistribución de camas, personal e instalaciones.	• Necesidad de personal e instalaciones específicos • Duplicidad de instalaciones • Olvido o retraso en la instalación de otros problemas estructurales.
Económicas: • Descenso de gastos médicos directos	• Aumento inicial de gastos estructurales • Supremacía del criterio economicista de la asistencia.
Médicas: • Menor agresión quirúrgica • Descenso de la frecuencia de afecciones nosocomiales • Acortamiento de la convalecencia.	• Inseguridad en el cumplimiento de las instrucciones médicas • Riesgo de mayores complicaciones • Posibilidad de aumento de denuncias legales • Cambio de condiciones laborales (turnos, actividad) • Sobrecarga de los servicios quirúrgicos con patologías complejas.
Otros:	• Cambios formativos en alumnos y residentes (programas, técnicas) • Escasez de los generalistas y plétora de superespecialistas. • Cambios en la relación cirujano-enfermo.

Fuente: Sánchez de Vega y Esteban (2005). p. 313

4.1.4.3 Selección De Pacientes

Según Salvador Dubois P113 (2013) Los programas de CMA requieren de una adecuada selección de pacientes que asegure el éxito final. Aun así y tomadas todas las precauciones posibles, siempre se presentará alguna complicación inesperada. Si el centro es independiente de un hospital en estos casos es un factor de riesgo la espera y el traslado en ambulancia del recién operado.

Pueden establecerse cuatro aspectos principales que nos ayudan a establecer que pacientes pueden ser incluidos dentro de este programa de CMA:

1. Aspectos clínicos del paciente: edad, sexo, antecedentes personales o intercurrentes.
2. Tipo de cirugía indicada y riesgo quirúrgico establecido.
3. Tipo de anestesia requerida y riesgo anestésico según la ASA (American Society of Anesthesiology).
4. Aspecto sociocultural y económico del paciente y su familia.}

4.1.4.4 Aspectos Clínicos Del Paciente

a) Edad.

Las edades extremas de la vida son inconvenientes para que un enfermo se atienda dentro del Programa de Cirugía Ambulatoria. Por tanto no es aconsejable incluir lactantes menores y adultos mayores de 70 años, sin que esto sea una contraindicación absoluta, hay que valorar cada paciente en particular. También hay que considerar que el enfermo este dentro de sus facultades mentales.

b) Sexo.

La mujer es más susceptible a ser incluida en este programa de atención; en términos generales es más tolerante al dolor y a la enfermedad que el varón. También se podrían tomar en cuenta aspectos privados y particulares de pudor, aunque no hasta el punto de que limiten su inclusión en este programa.

c) **Padecimientos Asociados:**

Cuando además del trastorno quirúrgico que motiva su atención el paciente es portador de alguna otra enfermedad, como hipertensión arterial sistémica, cardiopatía, diabetes mellitus, nefropatía, neumopatía o alguna otra, el cirujano debe de ser más rígido en su criterio de incluir a esta persona en el programa de cirugía ambulatoria, habida cuenta de que tal vez requieran otros recursos y personal interconsultante para la atención de estos pacientes.

4.1.4.4 Tipos de Cirugía indicada y riesgo quirúrgico establecido

Cuando se plantea la cirugía de alto riesgo elevado, es poco recomendable que el tratamiento quirúrgico dentro del PCA; lo contrario sucede en operaciones de bajo riesgo o de riesgo intermedio en las que puede incluirse un gran número de pacientes. Debe considerarse el tiempo calculado del transoperatorio; la duración de la intervención no debe exceder de 90 minutos para que el paciente se incluya en el programa.

4.1.4.5 Tipo de anestesia requerida y riesgo anestésico según la ASA.

Para normar los criterios relativos a la inclusión de pacientes en la CMA, es indispensable la participación del médico anestesiólogo cuya opinión es imprescindible para decidir cuales pacientes podrán tratarse bajo este modelo, también corresponde al anestesiólogo determinar la medicación preanestésica que, como en toda cirugía, el paciente de CMA debe recibir.

El American College of Surgeons, establece que la CMA debe durar más o menos 90 minutos y una recuperación postoperatoria de 4 horas. No debe aparecer dolor postoperatorio intenso.

La aceptación de pacientes según la clasificación ASA (American Society of Anaesthesiology) serán los enfermos ASA I y II, y en tanto que los riesgos ASA III o

mayor deben excluirse de este modelo de atención. También se menciona que la anestesia regional y local favorece a la inclusión del enfermo en el programa que sin ello signifique que los candidatos a recibir anestesia general deban excluirse.

Los pacientes que superen satisfactoriamente los requisitos solicitados se incluirán según ciertos aspectos como son: El tiempo de acceso al centro sanitario no debe superior a una hora, el domicilio será accesible y reunirá las condiciones adecuadas en su convalecencia, dispondrá de teléfono para la comunicación de contingencias y finalmente la asistencia de un familiar responsable en el periodo de las primeras 48 h. tras producirse el alta.

La exclusión de pacientes estará determinada por la renuncia voluntaria a esta modalidad quirúrgica, obesidad severa y diabéticos e hipertensos no controlados, pacientes psiquiátricos, drogodependientes y pacientes con problemas de coagulación.

4.1.4.6 Aspectos socioculturales y económicos del enfermo y su familia

- Transporte.

Es recomendable que la duración del traslado a su domicilio no exceda los treinta minutos. En las grandes ciudades y por problemas de congestión de tráfico deben preverse rutas y horarios alternativos para evitar que estas condiciones adversas empleen tiempos de traslado superiores a sesenta minutos.

- Psicología.

Un niño de corta edad manifestará su rechazo a separarse de sus padres, beneficiándole con claridad la entrada en un programa de cirugía sin ingreso. En adultos que rechacen esta opción quirúrgica será mejor que no se acepte la intervención, puesto que ante la más mínima complicación será críticos y manifestarán su insatisfacción.

- Familia.

La colaboración de la familia en todo momento, antes, durante y después de la cirugía es muy importante. El respeto y cariño de la propia familia le predisponen al paciente a entrar en el programa quirúrgico con buenas perspectivas. Le ayudarán en la recuperación

inmediata y evitaran la deambulaci3n precoz en el domicilio. En otro extremo si no se cuenta con esta colaboraci3n, el domicilio deber3 planearse con un sofisticado dispositivo de asistencia que resulta poco procedente.

En resumen se debe analizar el impacto de las pruebas preoperatoria para la cirug3a. El prop3sito de esta valoraci3n es el estado de salud previo al acto anest3sico, es decir informarnos de la historia m3dica y del estado f3sico y mental del paciente, con objeto de determinar si alguna enfermedad puede generar alg3n tipo de complicaci3n, modificar o contraindicar la cirug3a o bien para poner al paciente en las mejores condiciones posibles, y as3 planificar la conducta peroperatoria. Es indispensable informar al paciente acerca de la anestesia y obtener por escrito su consentimiento informado. Tanto la mortalidad como la morbilidad asociadas al acto quir3rgico aumentan en funci3n de la gravedad de la enfermedad preexistente.

La concienciaci3n de los profesionales sanitarios en su preocupaci3n por la existencia de la variabilidad de la pr3ctica cl3nica, la eficiencia de las actuaciones m3dicas y la contenci3n de los costes, debe extenderse a la sobre realizaci3n de pruebas innecesarias. Numerosos estudios cuestionan la utilidad de las pruebas preoperatorias solicitadas rutinariamente en relaci3n al valor predictivo de las mismas.

Numerosos autores recomiendan solicitar las pruebas de coagulaci3n tan s3lo si as3 lo aconsejan la exploraci3n f3sica o la anamnesis realizada mediante un cuestionario espec3fico.

Varios estudios han demostrado que en ausencia de cualquier indicaci3n cl3nica, la probabilidad de encontrar una anomal3a significativa es reducida para las pruebas de laboratorio, electrocardiograma y radiograf3a de t3rax. Se sugiere que la historia cl3nica y la exploraci3n f3sica pueden ser suficientes para pacientes sanos que vayan a ser intervenidos quir3rgicamente.

En el estudio de Serrano, los antiguos protocolos o las m3s recientes gu3as de pr3ctica cl3nica pretenden homogeneizar la toma de decisiones y aproximarla a la mejor evidencia

científica disponible. Sin embargo, en todos los hospitales y aun disponiendo de protocolos para el estudio preoperatorio, se observan variaciones importantes en los patrones de utilización de las pruebas preoperatorias en la población asintomática. Este aspecto del proceso quirúrgico debe servirnos para mejorar la calidad asistencial y ahorrar presupuesto, porque contribuimos a la mayor ocupación de quirófanos y a la reducción de las cancelaciones.

4.1.4.7 Selección De Procedimientos

Los procedimientos que se vayan a realizar en cada unidad de salud dependerán de las necesidades asistenciales de cada área sanitaria y de la lista de espera de cada centro hospitalario.

Al seleccionar los procedimientos hay que tener muy en cuenta la intensidad de los cuidados postoperatorios; por ello seleccionaremos aquellos procedimientos que:

- a) tengan mínimo riesgo de hemorragia
- b) si necesitan anestesia general, no será superior a 90 minutos
- c) produzcan un dolor fácilmente controlable

Calidad

La satisfacción de los usuarios en la década de los noventa ha sido prioritario en los nuevos modelos de gestión de los servicios de salud, convirtiéndose en un objetivo prioritario. Actualmente el concepto de calidad es la satisfacción de las necesidades de los usuarios. Esta situación está produciendo cambios en la prestación sanitaria a nivel mundial y especialmente en la atención hospitalaria.

A pesar de las ventajas de la CMA, la resistencia tradicional de los profesionales y usuarios a cualquier cambio y el hecho de que los pacientes pueden sentirse más inseguros y peor atendidos, hacen necesario el conocimiento de la opinión de los agentes intervinientes en el proceso para evaluar si se cumplen las expectativas, detectar los puntos débiles, así como identificar los factores que provocan inseguridad e

insatisfacción. El concepto de calidad actual es la satisfacción de las necesidades de los clientes, es decir, es el resultado del proceso de servicio que el usuario obtiene de él.

Medir la satisfacción de los clientes permite conocer la mayor parte del nivel de calidad percibida de la atención prestada, ya que la calidad es un resultado de la asistencia. Aunque existen diferentes métodos para conocer el grado de satisfacción de los usuarios, como la entrevista, la observación directa y otras, pero la más empleada es la encuesta. A pesar de encontrar múltiples cuestionarios en la literatura, dentro de los más utilizados y que además están validados son la Escala de Satisfacción de Paciente con los Cuidados de Enfermería (LOPSS), el Cuestionario de Expectativas de los pacientes, el SERQUAL y el SERVQHOS.

Este tipo de cuestionarios aunque no son específicos de la Cirugía Mayor Ambulatoria miden la satisfacción con la hospitalización en general y/o con los cuidados recibidos durante esa hospitalización en particular.

Los requisitos básicos que una unidad de CMA debe cumplir son: seguridad, calidad y eficacia. Para conseguir que el número de complicaciones anestésicas y quirúrgicas se reduzca al mínimo posible. El procedimiento quirúrgico se realizará buscando que el paciente vuelva lo antes posible a su domicilio libre de dolor, sangrado, náuseas y vómitos.

En la actualidad la ambulatorización ha conseguido cifras del 70 %, por la aplicación de nuevas técnicas anestésicas y fármacos de última generación, reduciendo los tiempos de recuperación.

La evaluación de indicadores de calidad, del tipo, morbilidad y mortalidad, tiempo de estancia postoperatoria, ingresos que no se pueden dar de alta, las visitas a urgencias, y otros; y su comparación con estándares permiten que conozcamos mejor lo que hacemos y cómo podemos rectificar los errores cometidos.

Los vómitos y el dolor postoperatorio son los factores que más frecuentemente producen retraso en el alta del paciente.

El ingreso de un paciente programado para CMA, que no puede ser dado de alta en el mismo día de la intervención supone el fracaso del programa y refleja la existencia de problemas en alguno de los periodos pre, peri o postoperatorio.

El porcentaje de reingresos debe mantenerse por debajo del 2%.

La gestión del proceso es una herramienta de gestión de la calidad y supone concatenar decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden secuencial preestablecido. El objetivo es conseguir un resultado previsible y satisfactorio, en el sentido de que garantice y satisfaga las expectativas y necesidades de los clientes internos y externos.

El rediseño del proceso quirúrgico en un programa de CMA tiene como resultado:

- La no utilización de la cama hospitalaria.
- El mantenimiento de todas las fases del proceso quirúrgico, actuaciones clínicas y técnicas anestésicas.
- Garantiza la continuidad de la asistencia hasta el alta definitiva.

El control de calidad de la asistencia sanitaria se realiza siguiendo los enfoques clásicos de estructura, proceso y resultado, formulados por Donabedian.

4.1.4.8 Lista de Procedimientos que, por especialidad quirúrgica pueden realizarse dentro del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Cirugía General

- Resección, exéresis de lipoma, fibromas, quistes superficiales.
- Biopsias incisionales o excisionales de tumores superficiales.
- Colocación de catéteres para quimioterapia, antibioticoterapia, nutrición parenteral o diálisis peritoneal.
- Formación de estomas para apoyo terapéutico; Gastrostomías, Yeyunostomías, Colostomía.
- Procedimientos de cirugías mamarias: Biopsias, exéresis, drenajes de abscesos.
- Cirugías de pared abdominal: Hernioplastias epigástricas, umbilical, inguinal, y crural.
- Procedimientos de Cirugías Laparoscópicas: Laparoscopia diagnóstica electiva, colocación de catéter de Tenckhoff.

Cirugía Vascular

- Injerto de piel.
- Tromboembolectomía de vasos superficiales.
- Derivaciones Femoro-femorales y axilo-femorales.
- Fistulas arteriovenosas y puentes subcutáneos para hemodiálisis.
- Resección de paquetes varicosos superficiales.

Cirugía Reconstructiva

- Aplicación de injertos.
- Zetaplastias.
- Reconstrucción de areolas y mamoplastias.
- Resección de dedos supernumerarios.
- Fasciectomía digital y palmar.

- Plastia de Cicatrices.
- Blefaroplastia.
- Rinoplastia.
- Otoplastia.
- Plastia de Labio hendido.

Urología

- Litotricia.
- Nefrostomía percutánea derivativa.
- Ureteroscopia.
- Cistoscopia.
- Biopsia vesical.
- Resección transuretral (RTU) de pólipos, papiloma vesicales.
- Biopsia prostática.
- Biopsia testicular.
- Epididinectomía.
- Vasectomía.
- Varicocelelectomía.

Proctología

- Hemorroidectomía interna o externa.
- Fisurectomía anal
- Exéresis de quiste pilonidal.
- Infusión y drenaje de absceso.
- Resección de condiloma.

Otorrinolaringología

- Adeinoidectomía

- Amigdalectomía
- Septoplastia
- Rinoplastia
- Miringoplastia.
- Operación de senos paranasales.

Oftalmología

- Resección de Catarata.
- Operación de Glaucoma.
- Resección de chalazión.
- Cateterización de conductos lagrimales.
- Corrección de estrabismo.
- Resección de pterigión.

Ortopedia y Traumatología

- Colocación de corsés de yeso
- Reducción de fracturas
- Colocación de clavos percutáneos
- Inmovilizaciones óseas y articulares
- Tenorrafias
- Sinovectomias

Ginecología y Obstetricia

- Extirpación de condilomas vulvares y vaginales.
- Bartholinectomía
- Himenotomía.
- Polipectomía.
- Conización.

- Cerclaje
- Legrado uterino.
- Aplicación y extracción de dispositivos intrauterinos.
- Laparoscopia Diagnostica.
- Salpingoclasia.

4.1.5 Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

El hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón se encuentra ubicado en las calles 29 y Oriente en el suburbio de la Ciudad de Guayaquil.

En el servicio de cirugía del hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el año 2014 se realizaron 7508 cirugías de las diferentes tipos de especialidades que incluyen cirugía general, oftalmología, ginecología y obstetricia, urología, traumatología y neurocirugía de las cuales el 17.2% fueron cirugía mayores ambulatorias de las que destacaron 196 EECC con Lio que es el 2.6%, 908 Colectomías que es el 12%, 119 facoemulsificación que es el 1.6% y 75 prostatectomías que es 1% de las cirugías ambulatorias. Para la realización de este estudio retrospectivo se tomó una población de 156 pacientes los mismos que fueron intervenidos quirúrgicamente por el servicio de cirugía tanto en emergencias y programadas y que presentaron complicaciones, se tomó esta muestra general ya que no existen datos exactos de complicaciones de cirugías ambulatoria ni tampoco están datos de reingresos hospitalarios por lo que nos vimos obligados a tomar esta muestra y determinar los tipos de complicaciones que se presentaron en estos pacientes de acuerdo a su edad, sus antecedentes patológicos personales y el tipo de cirugía que se realizó y la patología que presento, de esta muestra solo unos cuantos pacientes fueron del programa de cirugía ambulatoria. Una vez revisados todos los datos de cada uno de los pacientes podemos determinar que las complicaciones que se presentaron posterior a las intervenciones fueron en orden de frecuencia infecciones de sitio quirúrgico, absceso de pares, dehiscencia de sutura, abdomen agudo posquirúrgico, sepsis abdominal, hemoperitoneo, entre otros.

5. HIPÓTESIS

Si se determina las complicaciones más frecuentes que se presentan por tipos de cirugía realizadas en el programa de cirugía mayor ambulatoria se podrá mejorar la calidad del departamento de cirugía del hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón.

5.1 Variables

5.1.1 Variable independiente

Cirugía Mayor Ambulatoria

5.1.2 Variable dependiente

Las complicaciones pos quirúrgicas presentadas

5.2 Procedimientos de la investigación

Para ejecutar la investigación se procedió de la siguiente manera:

- a) Solicitar el permiso respectivo como parte de la formalidad del consentimiento a la directora asistencial del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón para la revisión de la información requerida.
- b) Revisión de las historias clínicas únicas para la obtención de los datos sobre la cirugía realizada.
- c) Se elaboraron cuadros estadísticos para presentar los resultados de la investigación.
- d) Con los datos obtenidos se elaboraron las conclusiones y recomendaciones.

5.3 Análisis de la información

El análisis de la información se la realizó por medio de la descripción cuantitativa y cualitativa de los datos obtenidos, además de la interpretación y discusión de los resultados confrontándolos con otros estudios.

5.4 Aspectos éticos y legales

El consentimiento informado fue para la Directora Asistencial del Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en función del acceso a la información tanto de las historias clínicas.

Como componente ético está en función de la confidencialidad de las personas que brindan la información necesaria, y que los resultados serán sujetos de análisis.

CAPÍTULO III

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se la realizó en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, es una unidad operativa de especialidades de hospitalización de primer nivel, brinda servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización, en las especializaciones de ginecología, medicina interna y cirugía.

6.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN:

Desde Enero del 2013 a Diciembre del 2014

6.3 UNIVERSO Y MUESTRA

6.3.1 Universo

En el servicio de cirugía del hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el año 2013 – 2015 se realizaron 7508 cirugías de las diferentes tipos de especialidades que incluyen cirugía general, oftalmología, ginecología y obstetricia, urología, traumatología de las cuales solo 156 pacientes presentaron complicaciones pos quirúrgicas.

6.3.2 Muestra

Se tomaron las historias clínicas de 156 pacientes que presentaron complicaciones post quirúrgicas de las cuales 40 pacientes fueron del Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria.

6.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación de campo, se ha utilizado este tipo de investigación porque la información sobre el tema se lo ha indagado en el lugar mismo donde se realizaron las intervenciones los pacientes involucrados.

Investigación bibliográfica, ha permitido conocer el tema en toda su extensión, utilizando como recursos los textos bibliográficos que han permitido presentar un sustento en la investigación.

Investigación Webgráfica, este tipo de investigación nos lleva a recorrer por el ancho mundo de la informática permitiendo el conocer diversidad de criterios y argumentos vertidos por diferentes autores sobre el tema investigado.

6.5 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Nivel exploratorio. Se plantea para observar la situación del problema planteado y que va a ser analizado, a través de éste nivel de investigación se reconocer e identifica el problema cualitativamente.

Nivel descriptivo. Se lo utiliza para describir la realidad que se observe en la investigación y con ello determinar en forma promedia el grado de intensidad de la problemática planteada.

6.6 RECURSOS EMPLEADOS

6.6.1 Recurso Físico:

- Computador
- Papel
- Esferos
- Cuadernos
- Borrador

6.6.2 Recursos Humanos:

- Investigador
- Tutor

6.6.3 Criterios de inclusión / exclusión

6.6.3.1 Criterios de inclusión

Todos los pacientes que fueron sometidos al programa de cirugía ambulatoria en hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón y que tengan historia clínica única.

6.6.3.2 Criterios de exclusión

Se excluirán aquellos usuarios que a pesar de haber sido atendidos por complicaciones posquirúrgicas no fueron realizadas en el programa de cirugía ambulatoria en el Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón.

6.7 MÉTODOS

6.7.1 TEÓRICOS

6.7.1.1 Histórico – Lógico:

Utilizando este método se ha encontrado antecedentes sobre la problemática en la institución, dicha información permitirá revisar el tratamiento realizando en otros casos así como las estrategias aplicadas, las mismas que servirán como experiencia para el nuevo tratamiento que se pueda dar a los casos que se presenten en la investigación.

6.7.1.2 Analítico – Sintético e Inductivo - deductivo:

Con estos métodos se pudo determinar una serie de características en los casos que se presenten en la investigación se podrá estudiar el problema partiendo desde una generalización para luego investigar los detalles de las causas y los efectos por los cuales se produce la problemática. También permite el análisis detallado de otras situaciones similares que con sus aportes ayudan en la búsqueda de una solución o a emitir aportes que puedan mejorar la situación que se está estudiando.

6.7.1.3 Hipotético – deductivo:

Con la aplicación de este método se determinó la comprobación de la hipótesis la misma que puede ser positiva o negativa.

6.7.1.4 Empíricos

Con la utilización de los métodos empíricos se pudo obtener la información necesaria a través de la aplicación de técnicas como son la observación directa, cuyos resultados se

podrá verter conclusiones y sugerencias que ayuden a solucionar la problemática, además se hará la presentación de los resultados a través de gráficos estadísticos.

6.7.1.5 Técnicas de Recolección de Información

Observación Directa e Indirecta: Se aplicó la observación de las historias clínicas de cada uno de los pacientes que presentaron los diferentes tipo de complicaciones al haberse sometido al programa de cirugía ambulatoria.

CAPÍTULO IV

7 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA N° 1

Tipos de Cirugía Realizadas en el Hospital Abel Gilbert Pontón en el año 2014

No. DE ORDEN	INTERVENCIONES	NUMERO	%
	TOTAL	7508	100,0
1	Colecistectomía	904	12,0
2	Limpieza Quirúrgica	850	11,3
3	Hernioplastias y Herniorrafias	713	9,5
4	Laparotomía y Laparoplastia Exploradora	710	9,5
5	Apendicectomías	632	8,4
6	Amputaciones en General	351	4,7
7	EECC con Lio	196	2,6
8	Lavado De Cavidad Abdominal	191	2,5
9	Craneotomía y Trepano con drenaje	128	1,7
10	Facoemulsificación	119	1,6
11	Histerectomía Abdominal, Vaginal y Panhisterectomía	108	1,4
12	Reducción Incruenta	103	1,4
13	Cistoscopia	102	1,4
14	Traqueostomía	98	1,3
15	Cesárea	93	1,2
16	Safenectomía	85	1,1
17	Legrado Uterino	82	1,1
18	Prostatectomía	75	1,0
19	Septoplastia + Turbinectomía	64	0,9
20	Nefrectomía	53	0,7
	LAS DEMAS	1851	24,7

GRAFICO N° 1



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Carlos Darío Santos Alvarado

Análisis y Discusión:

El presente cuadro, evidencia el tipo de cirugía al que se someten los usuarios que acuden al HAGP, la mayor causa de intervención quirúrgica de las que se enumeran es la colecistectomía con 12%, mientras que el 11,3% por limpiezas quirúrgicas, Hernioplastias 7,5%

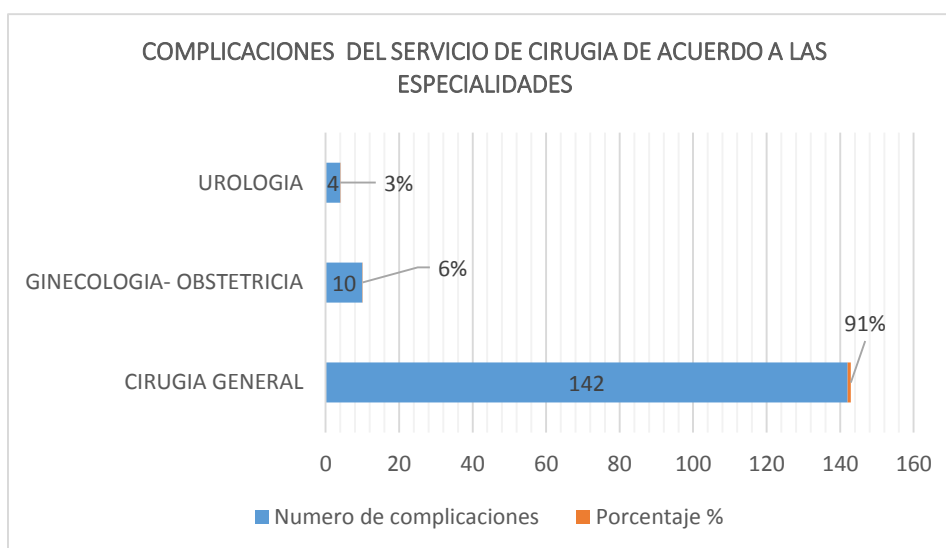
Se observa que las diferentes causas de intervenciones quirúrgicas, son de diferentes orígenes, así pues que las colecistectomías siendo la primera causa que se daría por hábitos alimenticios, evidencia que la especialidad con mayor concurrencia es la de Cirugía General , mientras que las limpiezas quirúrgicas es por procesos infecciosos.

TABLA N° 2

Especialidades que con mayor frecuencia presentaron complicaciones posquirúrgicas.

Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón		
Especialidades del departamento de cirugía que presentaron complicaciones		
Especialidades	Numero de complicaciones	Porcentaje %
Cirugía general	142	91%
Ginecología- obstetricia	10	6%
Urología	4	3%
Total	156	100%

GRAFICO N° 2



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Carlos Darío Santos Alvarado

Análisis y Discusión

Se registraron un total de 156 pacientes que presentaron complicaciones posquirúrgicas en diferentes especialidades quirúrgicas de las cuales el 91 % fueron de cirugía general, el 6% fue de Ginecología y Obstetricia y el 3% de Urología.

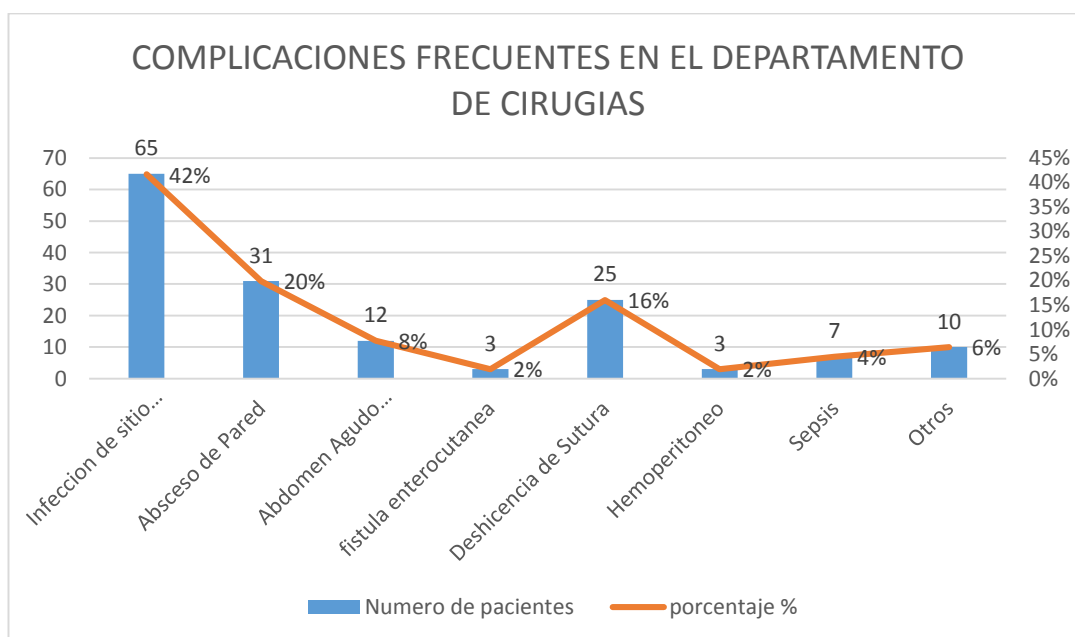
Se puede deducir que el servicio de cirugía general presenta mayor número de complicaciones debido a que la afluencia de los usuarios es aún mayor.

TABLA N° 3

Complicaciones Posquirúrgicas que se presentan con mayor índice en el departamento de Cirugía.

Complicaciones	Número de pacientes	Porcentaje %
Infección de sitio quirúrgico	65	42%
Absceso de Pared	31	20%
Abdomen Agudo posquirúrgico	12	8%
Fistula enterocutanea	3	2%
Dehiscencia de sutura	25	16%
Hemoperitoneo	3	2%
Sepsis	7	4%
Otros	10	6%
Total	156	100%

GRAFICO N° 3



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Carlos Darío Santos Alvarado

Análisis y Discusión

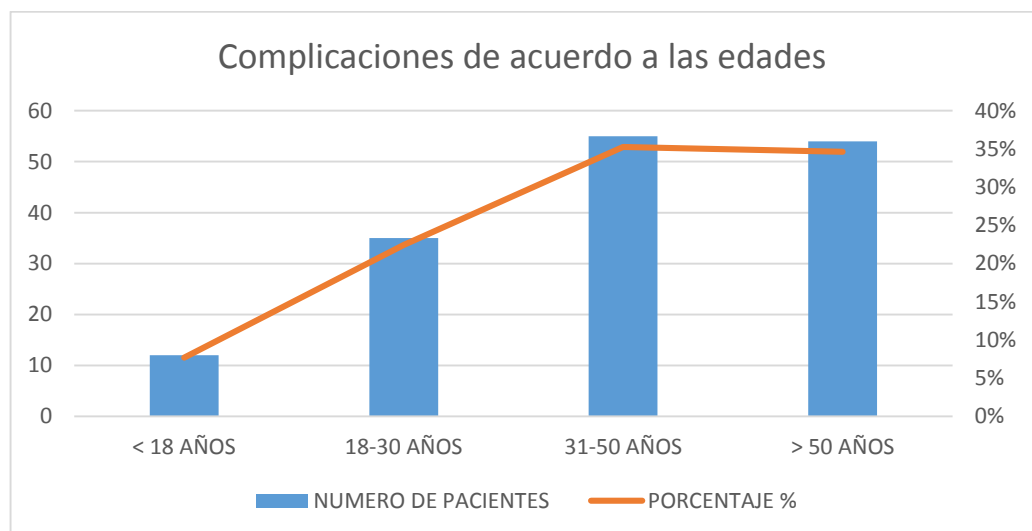
Del total de complicaciones quirúrgicas que se registraron prevalece con un 65% la infección de sitio quirúrgico seguido del absceso de pared con el 20% y la dehiscencia de sutura con 16% las demás complicaciones que se presentaron en una cantidad menor y son abdomen agudo posquirúrgico, sepsis, fistula enterocutáneas entre otros. De esta manera establecer que la mayoría de las complicaciones son de causa infecciosa.

TABLA N° 4

Complicaciones de acuerdo a la edad

Edad	Número de pacientes	Porcentaje %
< 18 años	12	8%
18-30 años	35	22%
31-50 años	55	35%
> 50 años	54	35%
Total	156	100%

GRAFICO N° 4



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Carlos Darío Santos Alvarado

Análisis y Discusión

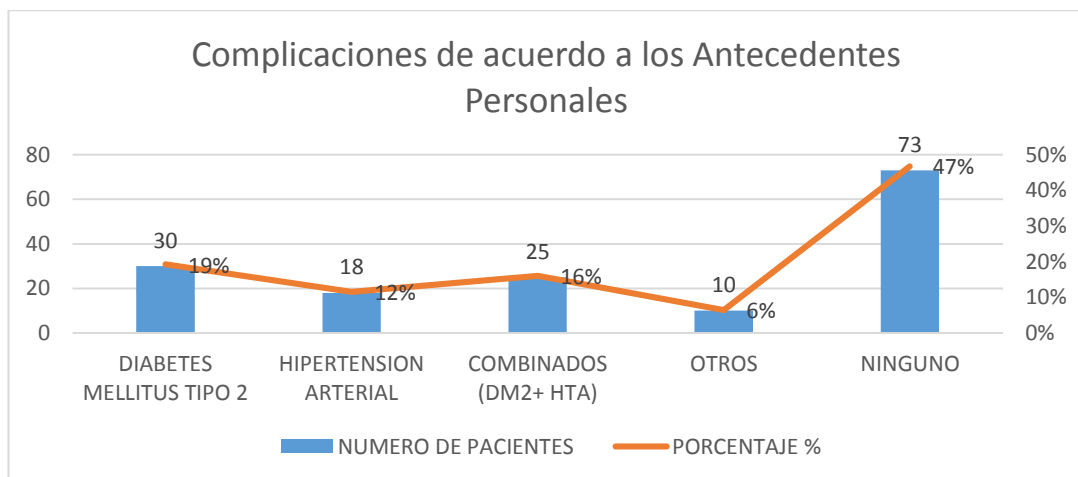
En este cuadro se puede determinar que la mayor cantidad de complicaciones se presenta en pacientes que superan los 50 años de edad seguido de los pacientes que se encuentran en una edad entre 31 y 50 años, en tercer lugar los que se encuentran entre los 18 y 30 años y en un número menor pacientes menores de 18 años es así que podemos concluir a mayor edad que posea un paciente mayor el riesgo de presentar complicaciones posquirúrgicas.

TABLA N°5

De acuerdo a los Antecedentes Personales

Antecedente	Número de pacientes	Porcentaje %
Diabetes mellitus tipo 2	30	19%
Hipertensión arterial	18	12%
Combinados (DM2+ HTA)	25	16%
Otros	10	6%
Ninguno	73	47%
Total	156	100%

GRAFICO N° 5



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Carlos Darío Santos Alvarado

Análisis y Discusión.

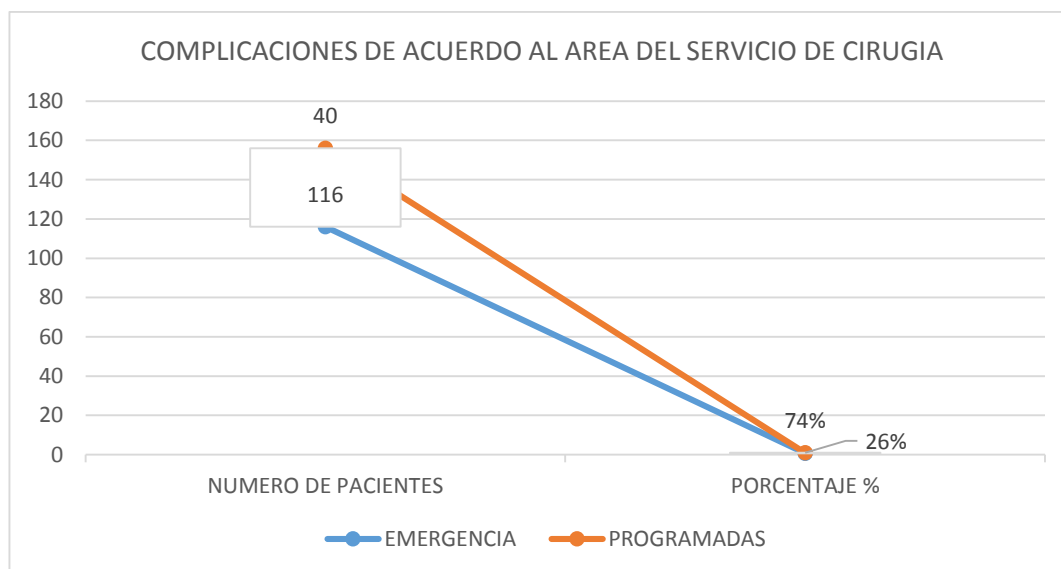
Entre los antecedentes personales que se pudieron observar en los pacientes con complicaciones fue la Diabetes mellitus tipo 2 con el 19% y el 16% de pacientes presentaron 2 o más antecedentes, 12% presentaron hipertensión arterial y el 6% de los pacientes presentaron otros antecedentes como VIH entre otros. Podemos observar que las primeras de los antecedentes son de origen metabólico por lo que se asume que se trata por los desórdenes en la dieta de los pacientes.

TABLA N° 6

De acuerdo al área del Departamento de Cirugía

Complicaciones de acuerdo al Área de Cirugía		
Área	Número de pacientes	Porcentaje %
Emergencia	116	74%
Programadas	40	26%
Total	156	100%

GRAFICO N° 6



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Carlos Darío Santos Alvarado

Análisis y Discusión

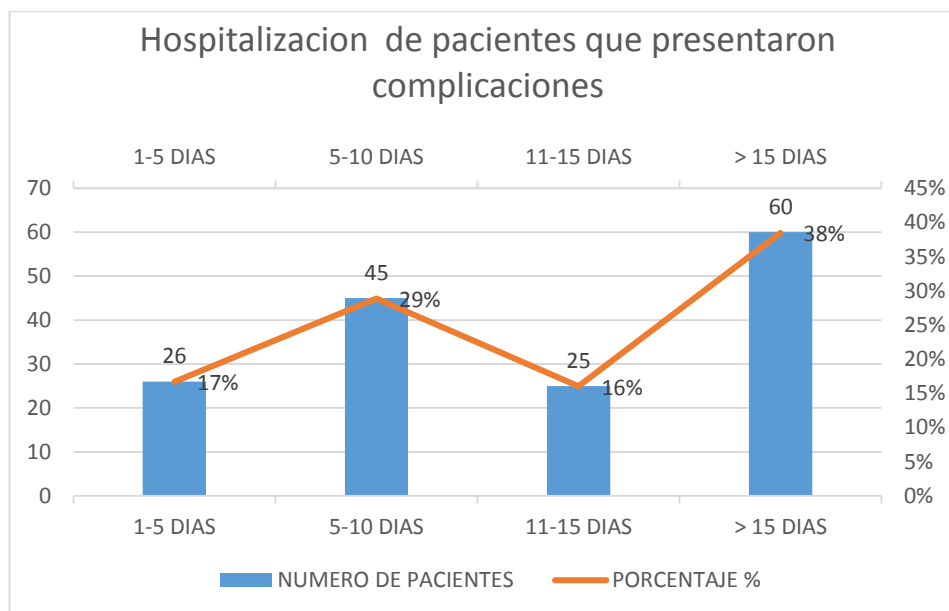
Dentro del análisis que se realizó de las complicaciones que se presentaron en el servicio de cirugías se puede determinar que el 74% se presentaron en cirugías de emergencia y el 26% en cirugías programadas en el programa de cirugías ambulatorias. Esta gran diferencia porcentual que se muestra se deduce que es por el gran número de procedimientos quirúrgicos que se realizan diariamente en el área de emergencia de la institución.

TABLA N° 7

De acuerdo a los días de Hospitalización posquirúrgicas

Días de Hospitalización	Número de pacientes	Porcentaje %
1-5 días	26	17%
5-10 días	45	29%
11-15 días	25	16%
> 15 días	60	38%
Total de pacientes	156	100%

GRAFICO N° 7



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Carlos Darío Santos Alvarado

Análisis y Discusión

Se pudo determinar que la mayoría de los pacientes que presentaron complicaciones permanecieron más de 15 días hospitalizados lo que representa a un 38%, el 29% permanecieron entre 5 y 10 días, el 17% entre 1 y 5 días y el 16% entre 11 y 15 días.

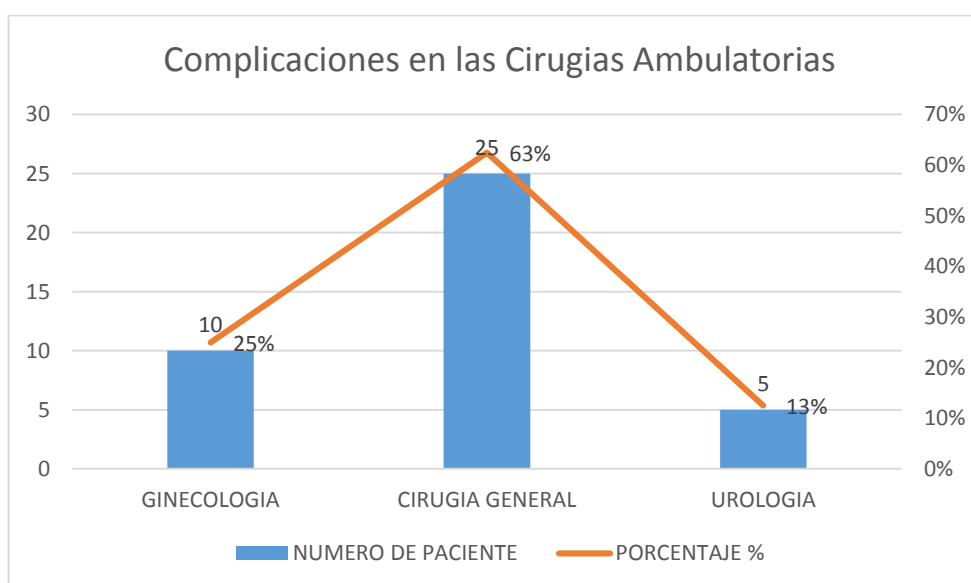
De esta manera se concluye que el presentar una complicación posquirúrgica puede provocar un desequilibrio emocional para el paciente y representar el aumento en los gastos económicos para la institución.

TABLA N° 8

Complicaciones que se presentaron de acuerdo a las diferentes especialidades que intervienen en el programa de cirugía ambulatoria.

Complicaciones en las Cirugías Ambulatorias		
Especialidad	Numero de paciente	Porcentaje %
Ginecología	10	25%
Cirugía general	25	63%
Urología	5	13%
Total	40	100%

GRAFICO N° 8



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Carlos Darío Santos Alvarado

Análisis y Discusión

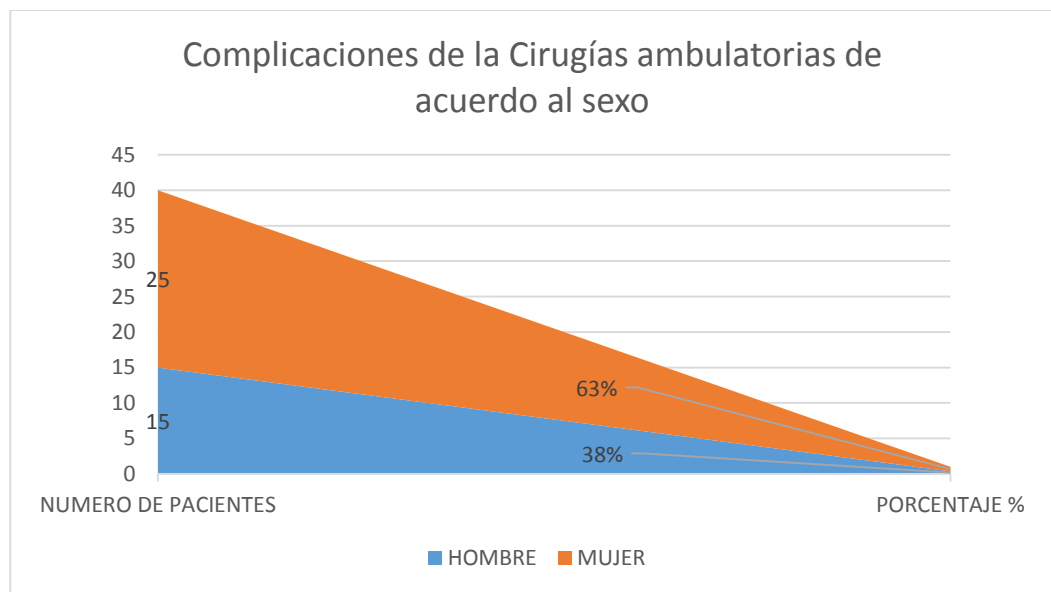
Una vez que hemos determinado la cantidad de pacientes del programa de cirugía ambulatoria que presentaron complicaciones se concluye que la principal especialidad quirúrgica con mayores complicaciones es cirugía general, seguidos de Ginecología y obstetricia y por ultimo urología con el 13% de pacientes complicados.

TABLA N° 9

Complicaciones de acuerdo al sexo

Complicaciones de las cirugía ambulatoria de acuerdo al sexo		
Sexo	Número de pacientes	Porcentaje %
Hombre	15	38%
Mujer	25	63%
Total	40	100%

GRAFICO N° 9



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Carlos Darío Santos Alvarado

Análisis y Discusión.

En el programa de cirugía ambulatoria uno de los factores que no se toman con mucha consideración es el sexo del paciente en este análisis hemos visto que un 63% de los pacientes que presentaron complicaciones fueron mujeres y el 38% hombres, y a pesar de esto el sexo femenino es uno de los más vulnerables a las complicaciones posquirúrgicas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

En este estudio se pudieron llegar a las siguientes conclusiones.

1. Durante el Periodo de estudio se revisaron 156 historias clínicas de pacientes que presentaron complicaciones posquirúrgicas y de las cuales solo 40 fueron del programa de cirugía ambulatoria, de las cuales las que con mayor frecuencia presentaron complicaciones fueron dentro de la especialidad de cirugía general con el 63% siendo la colecistectomía ya sea abierta o laparoscópica la que presento mayor número de complicaciones.
2. Dentro de las complicaciones que se pudieron estudiar se puede concluir que la infección de sitio quirúrgica es la que ocupa el primer lugar con el 65%, el absceso de pared con el 20% y el 16% en la dehiscencia de sutura, predominando así la patología infecciosa dentro de las complicaciones.
3. Los factores de riesgo que se asociaron a las complicaciones presentadas fueron la Diabetes mellitus tipo 2 con el 19% y el 16% de pacientes presentaron 2 o más antecedentes, 12% presentaron hipertensión arterial, por lo que se puede establecer es que el principal factor de riesgo de los pacientes es el síndrome metabólico.
4. Se establece que aunque la edad no es una contraindicación absoluta para que un paciente se incluya en el programa de cirugía ambulatoria en este estudio nos indica que el mayor número de complicaciones se presentaron en pacientes con edades superiores a los 50 años.
5. Dentro de las ventajas de la cirugía ambulatoria son programación quirúrgica más efectiva, mayor eficiencia en quirófano, trabajo en equipo multidisciplinario, uso alternativo de camas liberadas, reducción de tiempo de espera, en cuanto al

paciente sería menor la interrupción de la vida cotidiana, mayor flexibilidad para elegir fecha de cirugía, menor riesgo de infección nosocomial, en cuanto a las desventajas están la necesidad de apoyo en su domicilio con personal capacitado durante 24 – 48 horas posoperatorias

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES O PROPUESTAS

1. Que se implemente dentro del programa de Cirugía Ambulatoria un protocolo en el que incluya un manejo profiláctico adecuado y eficaz para el agente microbiano que con mayor frecuencia produzca las complicaciones posquirúrgicas.
2. Para evitar complicaciones se recomienda una adecuada selección de los pacientes y una correcta y cuidadosa práctica quirúrgica y anestésica. Además que hay que preparar teórica y práctica al personal para manejar a pacientes que ingresen a este programa de cirugía ambulatoria para el manejo en su domicilio.
3. Educar al paciente y a sus familiares o personas con los que el paciente pase su posoperatorio ambulatorio sobre métodos para evitar que se produzcan cualquier tipo de complicación que se vaya a entorpecer la pronta recuperación del paciente.
4. Establecer un formato para la evaluación de los factores de riesgo que posean los pacientes que van a estar incluidos en la lista de espera para ser incluidos en el programa de Cirugía Ambulatoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Ramos, (2009), Recursos Educativos, Cirugía Mayor Ambulatoria, Concepto y Evolución, España, Madrid.
2. Argentina, CENTROS de CIRUGÍA AMBULATORIA Modelo “a la medida” de su tiempo. Universidad Nacional de Lanús. Tesis Doctoral. Argentina 2013.
3. España, Manual de Cirugía Mayor Ambulatoria, Estandares y Recomendaciones. España 2011.
4. F. J. Alvarado Gay, E. Vega Silva La cirugía ambulatoria, una opción para mejorar la calidad de la atención. Experiencia de 15 años Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 11, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006, pp. 34-37, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado México.
5. Dra. Carolina Frederico-Avendaño, (2013), CIRUGÍA AMBULATORIA Vol. 36. Supl. 1 Abril-Junio 2013 pp S167-S168.
6. Cirugía mayor ambulatoria: una realidad necesaria José Luis Porrero Carro y Carlos Sánchez-Cabezudo Díaz-Guerra Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid (2011).
7. Libro: Cirugía Mayor Ambulatoria: Experiencias Latinoamericana, JH Moore. Bogotá; 2005.

ANEXOS

ANEXO N° 1

Matriz de Recolección de Datos

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTON												
MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS												
ORDEN	HC	NOMBRES	AP ELLIDOS	EDAD	INTERVENCION QUIRUGICA	DIAGNOSTICO PREOP ERATORIO	DIAGNOSTICO POSOPERATORIO	COMPLICACION	APP	DIAS DE ESTANCIA	AREA	SERVICIO
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												

ANEXO 2



Fotografía N°1.- Equipo quirúrgico minutos antes de empezar el procedimiento. Quirófano para Cirugía Ambulatoria.



Fotografía N° 2.- Sala de Recuperación Posquirúrgica.