

Universidad Autónoma de Baja California

Facultad de Medicina Mexicali



Criterios de Seguridad para Egreso en Cirugía Mayor Ambulatoria

Trabajo Terminal para Obtener el Diploma de la Especialidad en:

Cirugía General

Autor: Dr. Jorge Luis Green Solís

Asesor: Dr. Omar Alberto Paipilla Monroy

Febrero 2012

Dedicatoria:

A Dios por permitirme llegar siempre a todas mis metas

A mis padres por el apoyo **incondicional siempre**

A mis maestros por guiarme de la mano en el camino

A mi esposa por su amor, paciencia y por darme el motivo mas grande para seguir adelante, mi hija Ana Paula.

AUTORIZACIONES

Dr. José Manuel Robles Barbosa

Director del Hospital General de Tijuana

Dra. Leticia Falcón Noriega

Jefatura de Enseñanza e investigación

Dr. Sergio Arturo Lee Rojo

Profesor del curso de Cirugía General

Dr. Omar Alberto Paipilla Monroy

Director de Tesis



ENTIDAD: Instituto de Servicios de
Salud Pública del Edo. De B.C.
SECCIÓN: Hospital General de Tijuana
SUBSECCIÓN: Jefatura de Enseñanza
NUMERO DE OFICIO:

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACION ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Tijuana, B.C., a 23 de ENERO del 2012.

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito Denominado:
CRITERIOS DE SEGURIDAD PARA EGRESO EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA, que para obtener
el Diploma de Especialidad **CIRUGIA GENERAL**, presenta: **DR. Jorge LUIS GREEN SOLIS**

Realizada la evaluación resolvimos: **APROBARLO**

DR. SERGIO LEE ROJO
PRESIDENTE

DR. GUILLERMO LOPEZ ESPINOSA
SECRETARIO

DR. SAMUEL VARGAS COSIO
SINODAL



ENTIDAD: Instituto de Servicios de
Salud Pública del Edo. De B.C.

SECCIÓN: Hospital General de Tijuana

SUBSECCIÓN: Jefatura de Enseñanza

NUMERO DE OFICIO:

Asunto: DICTAMEN DE AUTORIZACION POR
LAS COMISIONES DE INVESTIGACION
Y ETICA.

Tijuana, B.C., a 15 de febrero del 2010.

DR. Jorge LUIS GREEN SOLIS
Medico Residente de Cirurgia General.
P R E S E N T E

Por este medio, me permito notificarle que el protocolo de investigación titulado: **CRITERIOS DE SEGURIDAD PARA EGRESO EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA**, que fue sometido a consideración por la Comité de Etica e Investigacion, de acuerdo con las recomendaciones emitidas por los integrantes y revisores, cumple con los aspectos metodológicos, atiende los aspectos éticos por observar y es factible para desarrollarse en el periodo establecido para el proyecto e implementarse en el Hospital General de Tijuana.

Por lo anterior se dictamina que el proyecto es **A U T O R I Z A D O** y registrado.

A T E N T A M E N T E.

DR. JOSE MANUEL ROBLES BARBOSA
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ETICA E INVESTIGACION.



c.c.p. Titular de la especialidad.
c.c.p. archivo.

Índice de Contenido

Dedicatoria.	3
Autorizaciones	4
Carta de dictamen de la evaluación del trabajo final	5
Dictamen del Comité de Ética en Investigación	6
Índice de contenido	7
Resumen estructurado	8
Capítulo I: Introducción.	13
Capítulo II: Diseño experimental y metodología.	16
Capítulo III: Análisis estadístico.	21
Capítulo IV: Resultados.	22
Capítulo V: Discusión.	25
Capítulo VI: Conclusiones.	27
Capítulo VII: Referencias bibliográficas	28

RESUMEN ESTRUCTURADO

INTRODUCCION

La organización de los servicios de salud ha experimentado a lo largo de las últimas décadas un proceso acelerado de cambio caracterizado por la introducción de una serie de innovaciones asistenciales. Entre ellas se encuentra la Cirugía Mayor Ambulatoria que, actualmente, constituye uno de los nuevos paradigmas de la asistencia Sanitaria⁴. En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, emitió en 1976 un folleto en donde se daba la normatividad de cirugía ambulatoria y los procedimientos que deberían realizarse en este programa, sin embargo no se implantó como sistema⁵. El 18 de Marzo de 2005, se publicó en el Periódico Oficial del Estado el Decreto que crea a la Unidad de Especialidades Médicas de Baja California (UNEME) inaugurándose el 14 de agosto de 2005 la primera Unidad de Especialidades Médicas en Ensenada, siendo la primera en su tipo en todo el país, posteriormente el 16 de julio de 2007 se inaugura la Unidad de Especialidades Médicas en Tijuana⁹.

Esta modalidad de atención se acompaña de una serie de beneficios, más allá de los económicos y que en gran medida han facilitado su difusión y crecimiento¹⁰⁻¹². Altera en grado mínimo el modo de vida del paciente y sus familiares, el paciente recibe una atención más personal¹⁹, la ansiedad del paciente se atenúa¹⁸, los costos se reducen¹⁵, menor riesgo de infección hospitalaria¹⁶, menor incapacidad y retorno más pronto a las actividades habituales¹³⁻¹⁴, reducción de diferimientos de cirugía en los hospitales generales y unidades de tercer nivel¹⁷.

OBJETIVO

- Evaluar si el criterio de egreso es seguro en pacientes sometidos a cirugía ambulatoria mediante el uso de un formato-escala de valoración de alta de recuperación
- Analizar los factores asociados que permiten el egreso temprano y los principales parámetros que contraindican el egreso
- Conocer la morbilidad y mortalidad en el programa de cirugía ambulatoria durante el periodo en que se llevo a cabo esta revisión

MATERIAL Y METODOS

Para confeccionar el presente trabajo se realizó un estudio prospectivo del desarrollo de la cirugía ambulatoria en la Unidad de Especialidades Medicas Tijuana en el periodo comprendido del 1ro de agosto de 2007 al 31 de diciembre del 2009. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente en la programación de la cirugía mayor ambulatoria de nuestra Unidad. Esta modalidad de asistencia quirúrgica incluyó a todos los pacientes que desearon operarse por este sistema, seleccionados²² con los criterios de inclusión establecidos en la NOM-205-SSA1-2002, para la Practica de la Cirugía Ambulatoria vigente en nuestro país. Este estudio incluyó 2932 pacientes a quienes se les realizaron los siguientes procedimientos quirúrgicos: Colectomía laparoscópica (754), Resecciones/biopsias de tumores de tejidos blandos (505), OTB laparoscópica (407), Plastia inguinal (320), Cirugía oftalmológica (223), Cirugía de Trauma y ortopedia (147), Amigdalectomía (136), Plastia umbilical (130), procedimientos proctológicos (92) y urológicos (46), safenectomías (40), Plastia de pared con malla (36), Septumplastías (36), resecciones laparoscópicas de quiste ovárico (29), queiloplastías

(18) y procedimientos endoscópicos (13). Se excluyeron los pacientes con expediente incompleto así como los sometidos a procedimientos de corta estancia y que requirieron traslado al Hospital General Tijuana para ello, así como aquellos con diagnóstico post quirúrgico distinto al pre quirúrgico, y quienes cursaron con complicaciones trans operatorias ya que en ellos no se aplicó la calificación para egreso ambulatorio. Se evaluó a los pacientes en recuperación según el puntaje para egreso utilizado en nuestra Unidad, con cinco parámetros:

- a) Signos vitales (presión arterial y pulso)
- b) Nivel de actividad (ambulación)
- c) Dolor (moderado a intenso)
- d) Tolerancia a la dieta (náusea o vómito)
- e) Hemorragia (sangrado por la incisión o drenaje si lo hubo)

Cada parámetro tiene una calificación de cero, uno o dos. El dos indica ausencia o normalidad, el uno traduce moderado y el cero es severo o incapacitante. Se anotan las valoraciones cada hora y debe haber cuando menos una suma de nueve puntos en dos valoraciones consecutivas para considerar el egreso del paciente.

Toda la información se recolectó de forma sistemática, en una planilla diseñada con este objetivo; dicha información se reflejó en tablas para su análisis y discusión.

RESULTADOS

De los 2932 pacientes, fueron 1908 mujeres y 1024 hombres, con edad promedio de 34 años. Comórbides en solo el 11.6% de los pacientes (HAS, DM2, asma, hipo e hipertiroidismo). Índice de masa corporal promedio de 27. El tiempo quirúrgico promedio fue de 39.7 minutos.

- El promedio de recuperación anestésica mediata fue 49.6 minutos.
- El 19% de los pacientes sumo 9 puntos o mas a la 1ra hora de llegada a recuperación;
- El 25% cumplió con criterio de egreso de la hora 2 a la 4ta de su llegada a recuperación;
- El 36% de la 4ta a la 8va hora de recuperación
- Solo 20% requirió de mas de 8 hrs para contar con criterio de egreso;

La primera causa de contraindicación del alta temprana el dolor, seguido de la nausea y vomito, lo cual condiciono a sumar menos de 9 puntos en la tabla limitando con esto el egreso temprano.

- Se contraindicó el egreso ambulatorio en 29 pacientes (**0.98%**)
 1. Dolor / nausea / vómito
 2. Sangrado
 3. Hipotensión / hipertensión
 4. Arritmia
- Lo cual condicionó traslado al Hospital General e internamiento

CONCLUSIONES

En nuestra Unidad de Cirugía Ambulatoria, los pacientes egresan de manera segura al ser evaluados hora con hora en su posoperatorio, vigilando los puntos ya mencionados como indicadores de la recuperación anestésico-quirúrgica. Los principales factores que contraindican el egreso dentro de las primeras 8 horas del posoperatorio son la náusea, el vómito y el dolor principalmente, los cuales pueden ser manejados médicamente en sala de recuperación y continuar con el egreso del paciente tal como lo establece el programa. En el periodo revisado la morbilidad fue de 0.98% (29 pacientes) quienes a pesar del manejo médico persistieron sintomáticos hasta la hora de funcionamiento de la Unidad Quirúrgica Ambulatoria; 0% de mortalidad en el periodo de tiempo revisado; ambas, morbilidad y mortalidad se encuentran por debajo de la reportada en la literatura mundial²⁰.

En esta unidad se utiliza un puntaje para valoración del alta de recuperación el cual nos brinda la pauta junto con el criterio clínico para identificar los pacientes que pueden o no egresar de manera temprana en cirugía mayor ambulatoria.

En general el 80% de nuestros pacientes egresan de forma segura en menos de 8 hrs del posoperatorio a su domicilio, acuden 48hrs después a revisión del drenaje y herida en la misma Unidad. Hemos utilizado esta herramienta la cual de manera **fácil y rápida**²¹ nos da una expectativa de las condiciones del paciente en su recuperación y permite al equipo médico ofrecer seguridad y calidad en la atención del paciente.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La organización de los servicios de salud ha experimentado a lo largo de las últimas décadas un proceso acelerado de cambio caracterizado por la introducción de una serie de innovaciones asistenciales. Entre ellas se encuentra la Cirugía Mayor Ambulatoria que, actualmente, constituye uno de los nuevos paradigmas de la asistencia Sanitaria⁴.

Las evidencias encontradas demuestran que la cirugía ambulatoria, fue el primer recurso quirúrgico utilizado por el hombre primitivo. Las primeras noticias de esto se encuentran en Egipto en el papiro de Edwin Smith, que data de tres mil años antes de Cristo ⁵.

El primer reporte de cirugía ambulatoria en la era moderna apareció en 1909 en Glasgow, Escocia, en el Royal Glasgow Hospital for Children, con una serie de 10 años de 8,988 casos pediátricos en el que se reporta que la cirugía ambulatoria es satisfactoria para varios procedimientos quirúrgicos⁶. El centro quirúrgico de Phoenix, Arizona fundado en 1970 fue la primera unidad autónoma de cirugía ambulatoria que entró en operación iniciándose con ello, la gran explosión que en los últimos 30 años ha tenido esta modalidad de atención quirúrgica⁷.

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, emitió en 1976 un folleto en donde se daba la normatividad de cirugía ambulatoria y los procedimientos que deberían realizarse en este programa, sin embargo no se implantó como sistema⁵.

El 18 de Marzo de 2005, se publicó en el Periódico Oficial del Estado el Decreto que crea a la Unidad de Especialidades Médicas de Baja California (UNEME) inaugurándose el 14 de agosto de 2005 la primera Unidad de Especialidades Médicas en Ensenada, siendo la primera en su tipo en todo el país, posteriormente el 16 de julio de 2007 se inaugura la Unidad de Especialidades Médicas en Tijuana⁹.

En la actualidad la mayoría de los autores⁸ están de acuerdo en clasificar a la cirugía ambulatoria en tres grupos:

1. **Cirugía mayor ambulatoria:** Procedimientos quirúrgicos realizados bajo cualquier tipo de anestesia, que requieren de un periodo de recuperación u observación postoperatoria.
2. **Cirugía menor ambulatoria:** Procedimientos quirúrgicos realizados generalmente con anestesia local, que no requieren vigilancia postoperatoria.
3. **Cirugía de corta estancia:** Procedimientos que por su naturaleza requieren de 24 hrs. de vigilancia postoperatoria.

De manera mas amplia definimos “Cirugía Mayor Ambulatoria” (CMA) aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad que no exigen que el paciente ingrese con antelación a la operación, ni que tras la misma quede ingresado en el hospital ^{4,1}.

Ventajas.- Esta modalidad de atención se acompaña de una serie de beneficios, más allá de los económicos y que en gran medida han facilitado su difusión y crecimiento ¹⁰⁻¹².

1. **Altera en grado mínimo el modo de vida del paciente y sus familiares.** Sólo interfiere en grado mínimo con el modo de vida al que están acostumbrados, los padres y madres de lactantes o niños pequeños sometidos a cirugía y a quienes sólo se separa durante el breve lapso de quirófano y sala de recuperación.

2. **El paciente recibe una atención más personal.** El enfermo quirúrgico ambulatorio se convierte en foco de atención, y no es sólo uno de los muchos tipos de pacientes de un hospital. El individuo no sólo siente que recibe más atención, sino que ésta es más personal ¹⁹.

3. **La ansiedad del paciente se atenúa.** La atmósfera de estos centros es de jovial eficiencia que se aplica a un paciente quirúrgico y un procedimiento menos grave que los asociados comúnmente con el medio hospitalario. El enfermo lo percibe y esto lo tranquiliza. El no mezclarse con otros pacientes obviamente más enfermos, tiene un efecto alentador y benéfico ¹⁸.

4. **Los costos se reducen.** Las jornadas de labores de seis horas, la falta de turnos terciados por la noche o jornadas de sábados y domingos, reducen

los costos en nómina. Ni es personal ni los pacientes son alimentados en la unidad. El control de insumos para la salud es más eficiente, todas estas medidas reducen notablemente el costo por procedimiento¹⁵.

5. **Menor riesgo de infección hospitalaria.** El operar pacientes sin complicaciones médicas, en quirófanos en los que no se efectúan procedimientos sépticos, así como la no permanencia en hospitales donde la flora bacteriana residente es multirresistente, reduce las posibilidades de infección¹⁶⁻²⁵.

6. **Menor incapacidad y retorno más pronto a las actividades habituales.** Los trabajadores asocian su vuelta a casa el mismo día con el hecho de no haber sufrido una operación de gran magnitud. En consecuencia, deambulan mejor, vuelven a sus actividades normales casi de inmediato y se reincorporan a su trabajo más rápidamente que un grupo idéntico de enfermos sometidos a la misma atención quirúrgica en un hospital⁷. Es necesario sin embargo la presencia de un familiar acompañante quien se encargue del transporte del paciente en su camino a casa¹³⁻¹⁴.

7. **Reducción de diferimientos de cirugía en los hospitales generales y unidades de tercer nivel.** Al liberar a estos hospitales de cirugía de menor complejidad pueden destinar sus recursos a aquellos procedimientos que requieren de mayor infraestructura, apoyo tecnológico y tiempo de recuperación¹⁷.

Los avances tecnológicos y la evolución de las técnicas anestésicas y quirúrgicas, permiten la práctica de cirugía en un gran número de patologías, sin necesidad de hospitalizar al paciente con elevada calidad en la atención médica¹⁻¹¹. La cirugía laparoscópica se asocia a menor dolor posoperatorio, cicatrices menores, corta estancia hospitalaria y pronto regreso a las actividades rutinarias de pacientes comparado con cirugía abierta, lo cual repercute de manera importante en el sentido económico tanto para la Institución prestadora del servicio como para el paciente²⁻²³. Sin embargo algunos procedimientos con técnica abierta como la hernioplastia inguinal²⁴, la cual se puede llevar a cabo con anestesia general, regional o local, se lleva a cabo en la actualidad en la mayoría de los centros con programas de cirugía ambulatoria³⁻¹⁰.

DISEÑO EXPERIMENTAL Y METODOLOGIA:

Tipo de estudio: prospectivo. Universo del estudio: Pacientes sometidos a procedimientos ambulatorios en la Unidad de Especialidades Medicas Tijuana (UNEME) del periodo comprendido del 1ro de agosto de 2007 al 31 de diciembre de 2009

Tamaño de la muestra: Se incluyeron 2932 pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos ambulatorios de quienes se revisó su expediente clínico

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes quienes previa evaluación en consulta externa tanto de cirugía como anestesiología, fueron candidatos para someterse al procedimiento quirúrgico ambulatorio según la NOM-205-SSA1-2002, vigente para la Practica de la Cirugía Ambulatoria en nuestro país a saber:

- Tener expediente clínico completo;
- Con estado físico I a II de la clasificación ASA;
- Que se practique valoración preanestésica y de la especialidad que sea necesaria;
- Que se haya realizado programación previa de la cirugía;
- Pacientes con IMC hasta 35

En caso de anestesia regional, IMC hasta 40

Anestesia local más sedación, se podrán aceptar pacientes con un IMC mayor de 40, previa evaluación y autorización del anesthesiólogo

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes con expediente clínico incompleto, quienes fueron programados como procedimiento quirúrgico de corta estancia con hospitalización pre quirúrgica o post quirúrgica planeada; pacientes con diagnóstico post quirúrgico distinto al post quirúrgico quienes ameritaron hospitalización por ello, y quienes cursaron con complicaciones transoperatorias a quienes no se les evaluó con fines de egreso ambulatorio en sala de recuperación ya que también ameritaron hospitalización.

VARIABLES:

- Genero
- Edad
- Comorbilidades
- Tipo de cirugía
- Peso
- Talla
- Índice de masa corporal
- Tiempo quirúrgico
- Tiempo de recuperación inmediata
- Tiempo de estancia en la Unidad previo al egreso
- Puntuación en sala de recuperación
 - Signos vitales (tensión arterial y frecuencia cardiaca)
 - Nivel de actividad
 - Dolor
 - Náuseas o vómitos
 - Sangrado por la herida quirúrgica o drenaje

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS INCLUIDOS:

- Colecistectomías laparoscópicas
- Oclusión tubaria bilateral por laparoscopia
- Plastías inguinales
- Cirugías oftalmológicas
- Cirugías de Trauma y ortopedia
- Amigdalectomías
- Plastías umbilicales
- Procedimientos proctológicos
- Procedimientos urológicos
- Safenectomías
- Plastías de pared con malla
- Septumplastías
- Resecciones y biopsias de tumores de tejidos blandos
- Resecciones laparoscópicas de quiste ovárico
- Queiloplastías
- Procedimientos endoscópicos

CAPTACION DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA

Se consulta a pacientes de primera vez procedentes de Centro de Salud con hoja de referencia al servicio de cirugía general en donde son valorados por residentes y se determina a la especialidad a la que serán derivados, así como solicitud de estudios de laboratorio y gabinete necesarios para su evaluación pre operatoria según el padecimiento, además de ser enviados a valoración pre anestésica para poder ser programados.

INGRESO A LA UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Deben contar con consentimiento informado, vigencia de Seguro Popular, además de acudir acompañados por familiar responsable de su cuidado y transporte a su domicilio una vez egresados.

El manejo anestésico inicia desde su ingreso a las 07:00 hrs: se aplica pre medicación en su mayoría a base de: ondansetrón 8 mg IV, dexametasona 4 mg IV y omeprazol 40 mg IV; todos estos medicamentos se aplicaron en dosis única. Al termino de la cirugía se aplicó analgesia con tramadol/ketorolaco 100mg/30mg IV. Entonces el paciente sale de quirófano al área de recuperación inmediata en donde son valoradas sus constantes vitales por el anestesiólogo a cargo quien indica el pase al área de recuperación en la que se aplica la calificación con la escala y puntajes hora con hora.

Las condiciones a valorar son:

1. Signos vitales (presión arterial y pulso)
2. Nivel de actividad (ambulación)
3. Dolor (moderado a intenso)
4. Tolerancia a la dieta (náusea o vómito)
5. Hemorragia (sangrado por la incisión o drenaje si lo hubo)

VALORACION DEL EGRESO AMBULATORIO:

Se aplica la siguiente escala de valoración de egreso:



Signos vitales	Hora 0	Hora 1	Hora 2	Hora 3	Hora 6	Hora 8
TA y FC dentro de límites de 20% de la basal preoperatoria	2	2	2	2	2	2
TA y FC en límites de 20-40% de la basal preoperatoria	1	1	1	1	1	1
TA y FC menores o mayores al 40% de la basal preoperatoria	0	0	0	0	0	0
Nivel de actividad						
Marcha segura, sin mareos, similar al preoperatorio	2	2	2	2	2	2
Se incorpora con apoyo	1	1	1	1	1	1
Incapaz de deambular	0	0	0	0	0	0
Dolor						
Dolor mínimo o aceptable	2	2	2	2	2	2
Dolor inaceptable o intenso	1	1	1	1	1	1
Nausea y vomitos						
Mínimos: desaparecen paulatinamente	2	2	2	2	2	2
Moderados: necesidad de aplicar medicamento	1	1	1	1	1	1
Intensos: persisten a pesar de medicamento	0	0	0	0	0	0
Sangrado de herida quirúrgica						
Mínimo: no necesita cambio de gasas o apósitos	2	2	2	2	2	2
Moderado: necesita hasta dos cambios de gasas o apósitos	1	1	1	1	1	1
Intenso: necesita más de tres cambios de gasas o apósitos	0	0	0	0	0	0
TOTAL						
Debe sumar al menos 9 puntos para egreso ambulatorio						

- Cada parámetro tiene una calificación de cero, uno o dos. El dos indica ausencia o normalidad, el uno traduce moderado y el cero es severo o incapacitante.
- Se anotan las valoraciones cada hora y debe haber cuando menos una suma de nueve puntos en dos valoraciones consecutivas para considerar el egreso del paciente

SEGUIMIENTO POSOPERATORIO:

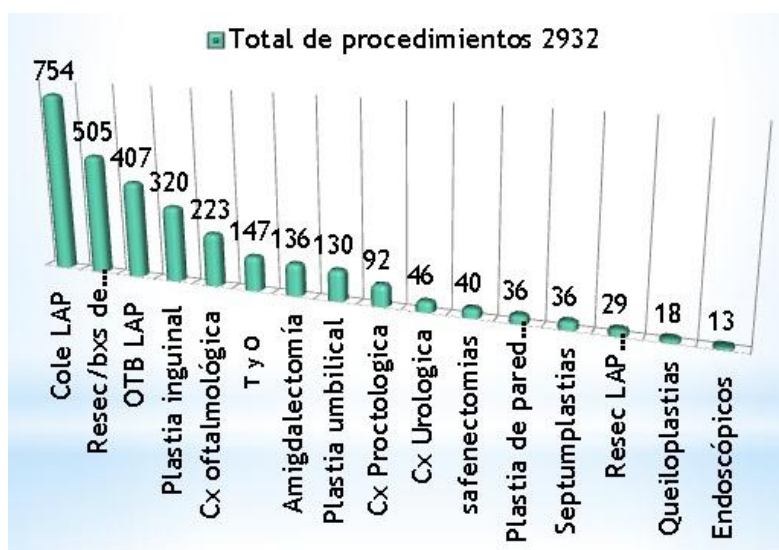
El paciente se cita a la Unidad de Cirugía Ambulatoria donde se le revisa la herida quirúrgica y drenaje (si lo hubo) valorando el retiro o no de éste, se dan indicaciones adicionales al cuidado previamente indicado y se cita al término de una semana de la operación en consulta externa donde se revaloran sus condiciones y se retiran puntos o drenaje según sea. Cuatro semanas después hay una cita de seguimiento en la que se da revisión al reporte histopatológico si lo hubo y se da de alta del servicio.

CAPITULO III

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Toda la información se recolectó de forma sistemática en una plantilla de Excel diseñada con este objetivo; dicha información se reflejó en tablas para su análisis y discusión.

La información se introdujo en una base de datos y para su procesamiento se utilizaron métodos de la estadística descriptiva incluidos en el paquete estadístico de *Excel*. Los resultados se presentan en forma de tablas y gráficos con porcentajes y medias.



De los 2932 pacientes, fueron 1908 mujeres y 1024 hombres, con edad promedio de 34 años.

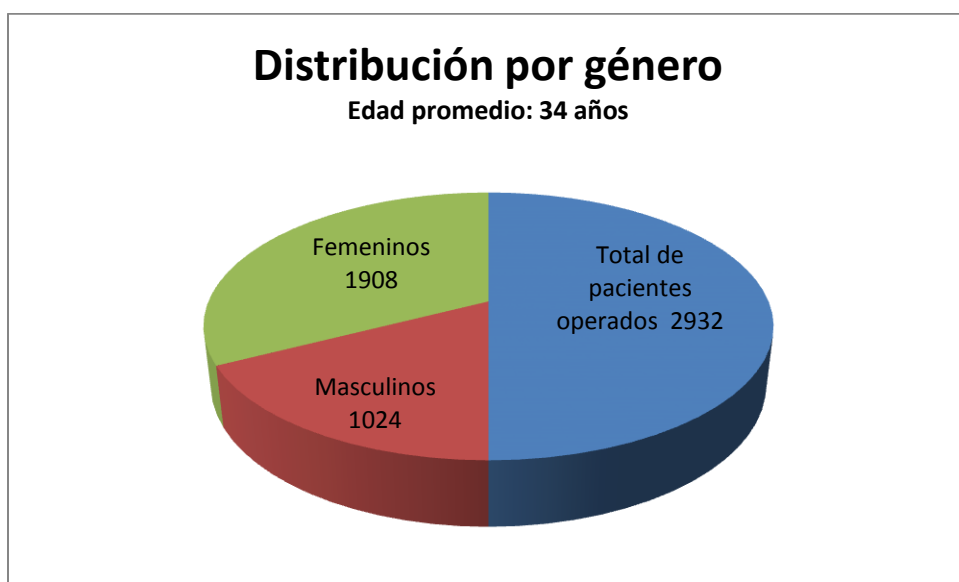


Gráfico 1. Distribución por género y edad promedio

Comórbidos en solo el 11.6% de los pacientes (HAS, DM2, asma, hipo e

hipertiroidismo).

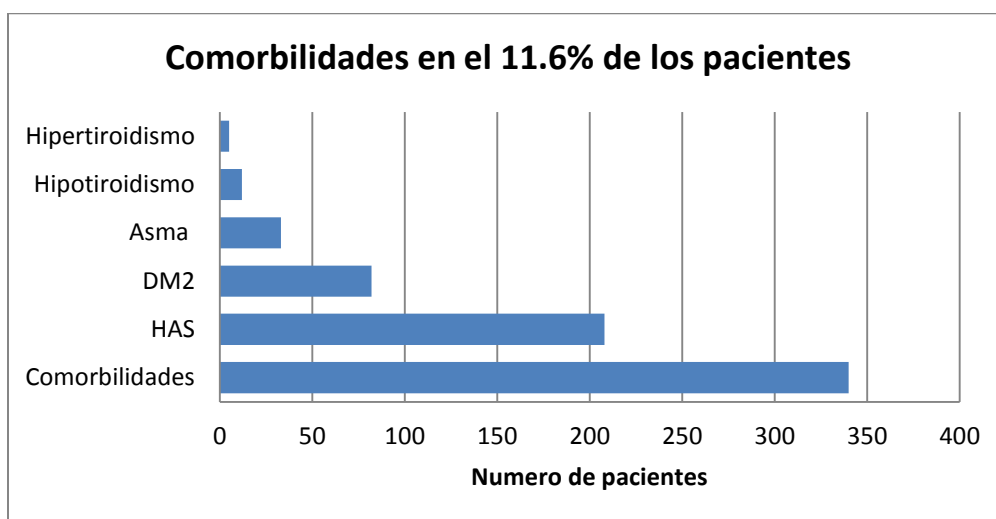


Grafico 2. Comorbilidades mas frecuentemente encontradas

Índice de masa corporal promedio de 27 y el tiempo quirúrgico promedio fue de 39.7 minutos. El tiempo promedio de recuperación anestésica inmediata fue 49.6 minutos. Tiempo de estancia post quirúrgica promedio 5.33 hrs

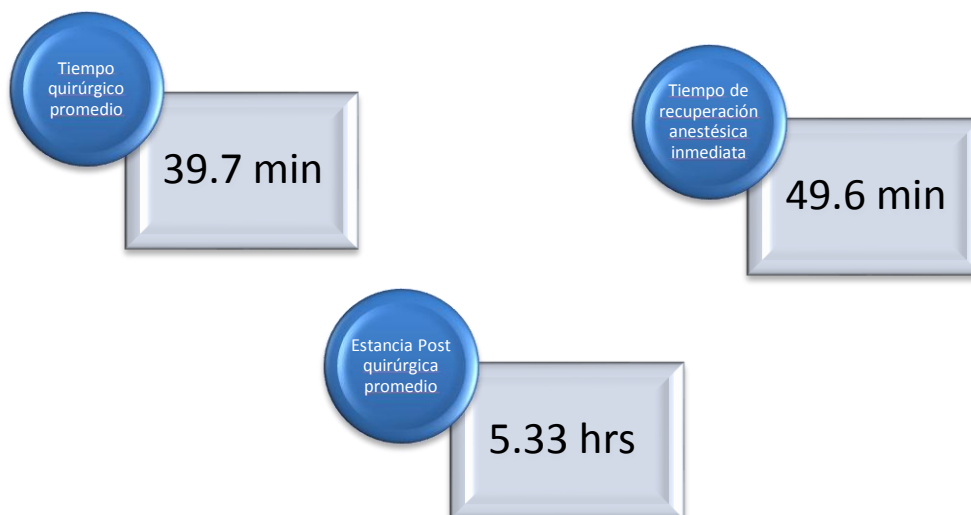
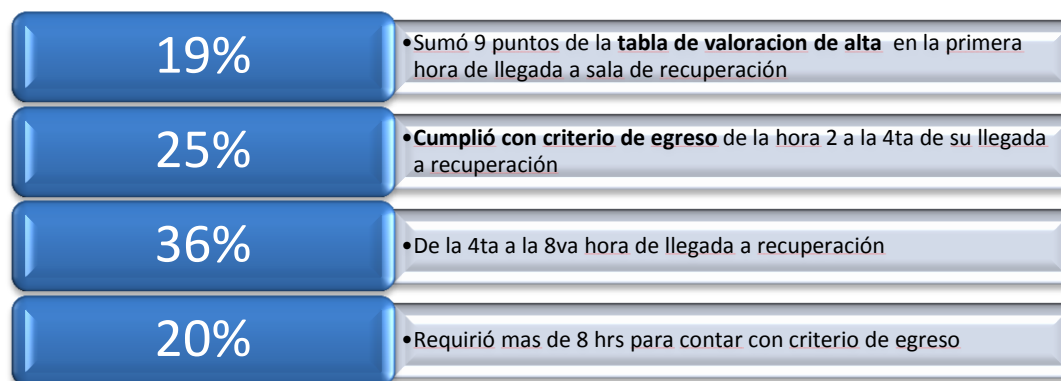


Grafico 3. Tiempo quirúrgico, tiempo de recuperación inmediata y tiempo de estancia

El 19% de los pacientes sumo 9 puntos o mas a la 1ra hora de llegada a recuperación; el 25%

cumplió con criterio de egreso de la hora 2 a la 4ta de su llegada a recuperación; 36% de la 4ta a la 8va hora de recuperación y solo 20% requirió de mas de 8 hrs para contar con criterio de egreso.



La primera causa de contraindicación del alta temprana el dolor, seguido de la nausea y vomito, lo cual condiciono a sumar menos de 9 puntos en la tabla limitando con esto el egreso temprano.

- Se contraindicó el egreso ambulatorio en 29 pacientes (**0.98%**)
 1. Dolor / nausea / vómito
 2. Sangrado
 3. Hipotensión / hipertensión
 4. Arritmia
- Lo cual condicionó traslado al Hospital General e internamiento

CAPITULO V**DISCUSION**

Si bien inicialmente, el objetivo era comenzar a realizar ambulatoriamente procedimientos quirúrgicos poco complejos, tradicionalmente realizados con ingreso, para conseguir una implantación exitosa de la cirugía mayor ambulatoria, el importante incremento del número de pacientes intervenidos ambulatoriamente permite afianzar y expandir el modelo.

En Estados Unidos y en Gran Bretaña, desde los años 70 hasta el 2000, se produce un enorme auge de la cirugía mayor ambulatoria, que persiste durante estos últimos años.

En los Estados Unidos, en el año 1981, se realizaron con carácter ambulatorio el 18% de las intervenciones, en 1994 el 45% y en 2001 el 68%. En Gran Bretaña en el año 2000 se situaba alrededor del 60%.

En México, aunque no disponemos de estadísticas homogéneas en cuanto al tipo de procedimientos incluidos, existe un auge importante que no dista de la tendencia mundial. Las causas fundamentales de este crecimiento han sido:

- La adecuada selección de pacientes.
- La protocolización del proceso asistencial, desde la admisión de pacientes hasta su egreso.
- Los avances tecnológicos y farmacológicos que permiten realizar técnicas anestésico-quirúrgicas seguras con una recuperación más rápida.
- La actitud positiva de los profesionales de la salud hacia un nuevo modelo de trabajo.
- La alta satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida.
- La reducción de los costos por proceso, que permite optimizar los recursos.

En la actualidad, cada vez más se pretende la ampliación de la cartera de servicios con nuevos procedimientos y con pacientes hasta ahora no considerados candidatos a esta modalidad de cirugía. Esto se ve reflejado debido a las nuevas técnicas quirúrgicas, en las mejoras anestésicas (la mascarilla laríngea, los nuevos agentes farmacológicos), en la creciente experiencia de los profesionales, en la satisfacción de pacientes y en el aumento de la eficiencia en la utilización de los recursos.

Actualmente la cirugía ambulatoria y las unidades que la llevan a cabo en nuestro país se encuentran consolidadas, a nivel de profesionales y pacientes, como estructuras medico-quirúrgicas de gran productividad y calidad de atención.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

En nuestra Unidad de Cirugía Ambulatoria, los pacientes egresan de manera segura al ser evaluados hora con hora en su posoperatorio, vigilando constantes vitales y signos clínicos como indicadores de la recuperación anestésico-quirúrgica.

Los principales factores que contraindican el egreso dentro de las primeras 8 horas del posoperatorio son la náusea, el vómito y el dolor principalmente, los cuales pueden ser manejados medicamente en sala de recuperación y continuar con el egreso del paciente tal como lo establece el programa.

En el periodo revisado la morbilidad fue de 0.98% (29 pacientes) quienes a pesar del manejo medico persistieron sintomáticos hasta la hora de funcionamiento de la Unidad Quirúrgica Ambulatoria; 0% de mortalidad en el periodo de tiempo revisado; ambas, morbilidad y mortalidad se encuentran por debajo de la reportada en la literatura mundial²⁰.

En esta unidad se utiliza un puntaje para valoración del alta de recuperación el cual nos brinda la pauta junto con el criterio clínico para identificar los pacientes que pueden o no egresar de manera temprana en cirugía mayor ambulatoria.

En general el 80% de nuestros pacientes egresan de forma segura en menos de 8 hrs del posoperatorio a su domicilio, acuden 48hrs después a revisión del drenaje y herida en la misma Unidad.

Hemos utilizado esta herramienta la cual de manera **fácil y rápida**²¹ nos da una expectativa de las condiciones del paciente en su recuperación y permite al equipo medico ofrecer seguridad y calidad en la atención del paciente.

Ha resultado muy conveniente la instalación de unidades quirúrgicas ambulatorias para facilitar el egreso de los pacientes operados de la mayoría de las patologías que en condiciones habituales saturan los servicios hospitalarios de cirugía general.

CAPITULO VII**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Norma Oficial Mexicana NOM-205-SSA1-2002, para la Practica de la Cirugía Ambulatoria
2. Chang S, Tan W. Feasibility and safety of day surgery laparoscopic cholecystectomy in a university hospital using a standard clinical pathway. Singapore Med Journal 2008; 49(5) : 397
3. Akcaboy E, Akcaboy Z, Gogus N. Ambulatory inguinal herniorrhaphy: paravertebral block vs spinal anesthesia. Min Anestesiologica 2009; Vol. 75, No. 12
4. Reduca. Serie Medicina. 1 (1): 294-304, 2009
5. Alvarado F, Vega S. La cirugía ambulatoria, una opción para mejorar la calidad de la atención. Experiencia de 15 años. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas Volumen 11, Núm. 3, 2006
6. Metínez H, Rendon M, García A. La difusión y promoción como estrategia para mejorar la productividad quirúrgica y la calidad en el Centro de Cirugía Ambulatoria. México, 1999
7. Davis J. Cirugía Mayor en pacientes ambulatorios; clínicas quirúrgicas de Norteamérica vol.4, 1987, p.686
8. Alvarado G. Manual de organización del centro de cirugía ambulatoria; febrero de 1998.
9. Periódico Oficial del Estado de Baja California, Tomo CXII, Mexicali, Baja California, 18 de Marzo de 2005

10. Fernández B. Caracterización de la Cirugía Mayor Ambulatoria en un Hospital General; Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 71-80
11. Maestre J. Control de calidad en cirugía mayor ambulatoria; Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2000; 47: 99-100
12. Kehlet H. Fast track surgery: realidades y dificultades. Cir Esp. 2006; 80: 187-8
13. Frances Chung. Car Accidents After Ambulatory Surgery in Patients Without an Escort; Anesthesia & Analgesia, Vol. 106, No. 3, March 2008
14. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for postanesthetic care. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on postanesthetic care. Anesthesiology 2002; 96: 742-52
15. Modulo de Estimación de Costos Hospitalarios, 1ra. Ed.; Secretaría de Salud, México, D.F., 2004
16. Pequeño ME, Reyes MG, et. Al. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en las Infecciones Hospitalarias y Control de Enfermería. Rev Cubana Enfermer 1998; 14(3): 178-82
17. Posada AS, Landero BJ, et. Al. Reingeniería del Proceso de Atención Quirúrgica Bajo Anestesia Local en un Hospital General; Hitos de Ciencias Económico-Administrativas, Diciembre 2002, año 8, num 22
18. Rincón GP. Programa de Cirugía Ambulatoria. Manejo del dolor y la ansiedad perioperatoria; Rev. Col. Anest. 2003; 24: 2: 207-212

19. Manejo del paciente quirúrgico ambulatorio en atención primaria; Ed. Ergon, 2006
20. Bettelli G. High risk patients in day surgery; *Minerva Anesthesiol.* 2009; 75: 259-68
21. Wong J, Tong D, et. Al. Development of the Functional Recovery Index for Ambulatory Surgery and Anesthesia; *Anesthesiology* 2009; 110:596–602
22. Lermite J., Chung F. Patient selection in ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2005, 18 : 598-602
23. Grant A, Wileman S, et. Al. The effectiveness and cost-effectiveness of minimal access surgery; *Health Technology Assessment.* 2008; vol. 12: num 31
24. Acevedo A, Leon J. Ambulatory hernia surgery under local anesthesia is feasible and safe in obese patients. *Hernia* 2010, Vol.14 Num.1: 56-62
25. Philip S. Infection control practices in ambulatory surgical centers. *JAMA.* 2010;304(14):1557