

Revista Médica del Hospital General de México

Volumen **68**
Volume

Número **2**
Number

Abril-Junio **2005**
April-June

Artículo:




Cirugía ambulatoria: Diez años de experiencia en una unidad proctológica de base hospitalaria

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Médica del Hospital General de México, AC

Otras secciones de este sitio:

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

Others sections in this web site:

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Cirugía ambulatoria: Diez años de experiencia en una unidad proctológica de base hospitalaria

Luis Charúa Guindic,* Betzabé López Vásquez,*
Rosa Martha Osorio Hernández,* Teresita Navarrete Cruces,*
Octavio Avendaño Espinosa*

RESUMEN

La cirugía ambulatoria es definida como un procedimiento electivo que no requiere hospitalización y que reintegra al paciente a su núcleo familiar el mismo día de la intervención. **Objetivo:** Conocer la experiencia de 10 años con la realización de cirugía ambulatoria en un centro proctológico con base hospitalaria como es la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México. **Material y métodos:** Fueron revisados los expedientes quirúrgicos de todos los pacientes a quienes se practicó cirugía entre enero de 1993 y diciembre de 2002. Las variables fueron captadas en hojas de recolección de datos en las cuales se incluyó: sexo, edad, diagnóstico, cirugía realizada, tipo de anestesia, medicamentos utilizados y complicaciones trans y posoperatorias. **Resultados:** 1,402 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, 689 (49.14%) hombres y 713 (50.86%) mujeres, con un rango de edad entre siete y 80 años (media de 32 años). **Conclusiones:** Ofrece grandes ventajas para el paciente, para el cirujano y para el centro hospitalario donde se realiza, permitiendo que el paciente se integre el mismo día a su hogar y más pronto a sus actividades laborales, además de disminuir los costos en la atención.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria proctológica.

ABSTRACT

*Ambulatory surgery is defined as an elective procedure which does not require hospitalization and allows patient return home the same day. **Objective:** To know about 10 years experience in a proctologic center of a hospital, as is the Coloproctology Unit of the Gastroenterology Service in the General Hospital of Mexico. **Material and methods:** Surgical records of all patients whom underwent surgery from January 1993 to December 2002 were reviewed. Variables information included sex, age, diagnosis, surgery performed, anesthesia, medication and trans and post-operative complications. **Results:** 1,402 patients fulfilled inclusion criteria, 689 (49.14%) were male and 713 (50.86%) were female, with a range of age between 7 and 80 years and media 32. **Conclusions:** This procedure is very advantageous to the patient, the surgeon and the medical center, allowing the patient return home the same day and sooner to usual activities, as well as diminish costs.*

Key words: Ambulatory proctologic surgery.

INTRODUCCIÓN

La cirugía ambulatoria es definida como un procedimiento electivo que no requiere hospitalización y que

reintegra al paciente a su núcleo familiar el mismo día de la intervención.

Fue en Inglaterra, a principios del siglo pasado, en donde se propuso una técnica propia en cirugía que rápidamente fue adoptada y aplicada por otros países en Europa y en América, debido a los buenos resultados que ofrecía a los pacientes, quienes, después de someterse a una operación, en breve tiempo

* Unidad de Coloproctología, Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México.

podían continuar su recuperación postoperatoria en el seno familiar. Gracias a esta técnica se optimizaron las ventajas en los servicios hospitalarios y se pudo atender un mayor número de pacientes.¹

La era moderna de la cirugía ambulatoria en los Estados Unidos se inició a principios de los años 60. El primer programa se inauguró en 1961 en el Hospital Butterworth, Michigan, y le sucedió al año siguiente la apertura de una unidad semejante en la Universidad de California, en Los Ángeles, California. El primer centro hospitalario para cirugía ambulatoria fue construido a principios de los 70, en Phoenix, Arizona y es el Hospital Surgicenter.²

En Inglaterra, el 50% de los casos quirúrgicos son ambulatorios y, en Estados Unidos, la proyección para el año 2006 estima que será del 75%. En México nos encontramos lejos de este porcentaje, pero en la medida que los costos y beneficios muestren las diferencias con los criterios convencionales, la cirugía ambulatoria ocupará un lugar relevante. Sin embargo, en nuestro país, estas áreas ya están establecidas en la mayoría de los hospitales.³

El incremento en el número de pacientes que son intervenidos quirúrgicamente en forma ambulatoria ha promovido cambios para lograr centros asistenciales adecuados a las exigencias de estos procedimientos, contando en la actualidad con varios modelos:^{4,5}

Centro ambulatorio de base hospitalaria: Es el área dedicada a cirugía ambulatoria con independencia de la unidad hospitalaria, compartiendo el mismo edificio.

Centro autónomo de cirugía ambulatoria independiente de las unidades hospitalarias: Se encuentra en un edificio o área separada del resto del hospital.

Centro ambulatorio dependiente de las unidades hospitalarias: Se encuentran dentro del hospital y funciona con el mismo.

Cirugía ambulatoria en consultorio: En procedimientos con marcada limitación en beneficio de los pacientes.

El objetivo de este trabajo fue conocer la experiencia de 10 años de la cirugía ambulatoria en un centro proctológico de base hospitalaria como es la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes a quienes se practicó cirugía en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología

del Hospital General de México. El periodo analizado abarcó de enero de 1993 a diciembre de 2002.

Las variables fueron captadas en hojas de recolección de datos en donde se incluye: sexo, edad, diagnóstico, cirugía realizada, tipo de anestesia, medicamentos utilizados y complicaciones trans y postoperatorias.

Para poder ser intervenidos quirúrgicamente, en forma ambulatoria, los pacientes cumplieron con los siguientes criterios: historia clínica completa, estudios de laboratorio y gabinete complementarios, un plan quirúrgico determinado, información del procedimiento, aceptación del método por parte del paciente, riesgo anestésico I o II de la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesia y contar con la colaboración del enfermo y sus familiares.

En este estudio, fueron excluidos: pacientes con expediente incompleto, enfermos que no acudieron a su revisión posoperatoria por lo menos durante un mes, sujetos que fueron operados en quirófanos centrales y, por último, casos que requirieron hospitalización.

Los pacientes continuaron con el tratamiento médico habitual, incluyendo el día de la cirugía, salvo expresa contraindicación médica. Es frecuente que, cuando se indica ayuno, se incluya en éste a los medicamentos; por esta razón es necesario ser claros en las indicaciones y se debe explicar a los pacientes que se puede beber un poco de agua tres horas antes de la cirugía.

Las indicaciones médicas posteriores a la cirugía son: 1) analgésicos de tipo ketorolaco, 30 mg por vía intramuscular o intravenosa, dosis única, al terminar la cirugía; 2) continuar, por vía oral, con 10 mg de ketorolaco cada seis horas y por razón necesaria; 3) dieta normal sin irritantes con abundante residuo; 4) reposo relativo por ocho días y 5) a partir del segundo día, sediluvios con agua tibia tres o cuatro veces al día por 10 minutos durante ocho a diez días. Estas indicaciones pueden variar ligeramente de acuerdo a la intervención quirúrgica realizada.

Cita para revisión en el consultorio a las 72 horas. Después se cita al paciente cada semana hasta su alta definitiva que oscila entre tres y cuatro semanas.

RESULTADOS

Fueron revisados todos los expedientes quirúrgicos del archivo de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, registrados durante el periodo señalado. Se practicaron un total de 4,392 cirugías; de ellas, 1,456

(33.15%) correspondieron a cirugías ambulatorias, de las cuales, 1,402 cumplieron con los criterios de inclusión.

De los 1,402 pacientes, 689 (49.14%) fueron hombres y 713 (50.86%) mujeres, con un rango de edad entre siete y 80 años, (media de 32 años).

Las cirugías ambulatorias practicadas se muestran en el *cuadro I*.

En todos los pacientes se utilizó anestesia local; lidocaína al 2% en 1,002 (71.47%) casos; lidocaína al 1% en 394 (28.10%) y lidocaína al 2% con epinefrina en seis (0.43%).

No hubo complicaciones transoperatorias; en cambio, durante el posoperatorio, se presentaron complicaciones en 36 pacientes (2.56%) (*Cuadro II*); pero en ningún caso hubo necesidad de hospitalización y todas fueron resueltas.

DISCUSIÓN

La cirugía ambulatoria tiene como principal objetivo disminuir el impacto económico a la institución y al paciente.

Las intervenciones quirúrgicas deben reunir ciertos requisitos para ser incluidas dentro del programa de procedimientos ambulatorios y son: el tiempo de cirugía no debe exceder los 60 minutos; los procedimientos deben tener mínima pérdida sanguí-

Cuadro I. Cirugías ambulatorias practicadas.

| Procedimiento | Pacientes | |
|---------------------------------------|--------------|---------------|
| | n | % |
| Fisurectomía + esfinterotomía | 614 | 43.79 |
| Drenaje de absceso anal | 350 | 24.96 |
| Resección de colgajo cutáneo | 113 | 8.06 |
| Condilomectomía | 90 | 6.42 |
| Trombectomía | 51 | 3.64 |
| Fistulotomía | 36 | 2.57 |
| Resección de papila anal hipertrófica | 23 | 1.65 |
| Fistulectomía | 18 | 1.28 |
| Esfinterotomía | 17 | 1.21 |
| Drenaje de absceso pilonidal | 16 | 1.15 |
| Exploración bajo anestesia | 16 | 1.15 |
| Toma de biopsia | 15 | 1.07 |
| Polipectomía transanal | 15 | 1.07 |
| Resección de lipoma anal | 12 | 0.85 |
| Hemorroidectomía | 6 | 0.42 |
| Otros | 10 | 0.71 |
| Total | 1,402 | 100.00 |

Cuadro II. Complicaciones registradas durante el periodo posoperatorio.

| Complicaciones | Pacientes (N = 1,402) | |
|----------------------------|-----------------------|-------------|
| | n | % |
| Fístula en forma de sinus | 16 | 4.70 |
| Fístula anal | 6 | 0.43 |
| Trombosis hemorroidaria | 6 | 0.43 |
| Recidiva de la fisura anal | 5 | 0.35 |
| Hemorragia de la herida | 2 | 0.14 |
| Absceso de la herida | 1 | 0.07 |
| Total | 36 | 6.12 |

nea, si la hemorragia fuera una complicación transoperatoria no prevista, el paciente deberá ser hospitalizado; la edad de los pacientes preferentemente debe oscilar entre 17 y 60 años, pero no se debe excluir, por su edad, a enfermos con buen estado clínico y que serán intervenidos con procedimientos mínimos y de corta duración; la cirugía deberá ser debidamente programada y no se debe de aceptar cirugía de urgencia.

Los pacientes susceptibles de sufrir complicaciones trans y posoperatorias no deben ser intervenidos en calidad de ambulatorios.

Las contraindicaciones fundamentales son: coagulopatía, anomalías de la vía aérea, anemia aguda, obesidad, pacientes psiquiátricos, emergencias y falta de colaboración del enfermo o familiares.

Los procedimientos con anestesia regional o local han demostrado ser seguros y económicos, por tal razón son utilizados en la mayoría de las cirugías. Con este tipo de anestesia, se conserva el estado de alerta y la función cognitiva del paciente y reduce las complicaciones más frecuentes como son: dolor, náusea y vómito.^{6,7}

Los agentes anestésicos locales utilizados con más frecuencia en nuestro medio son: lidocaína, bupivacaína, y ropivacaína. Se aconseja la ansiólisis preoperatoria, pudiendo utilizarse el diacepán por vía oral una hora antes de la cirugía o el midazolam oral o intramuscular si el intervalo entre la administración del fármaco y la intervención es más breve. La estimulación vagal o el simple predominio parasimpático en pacientes ansiosos puede provocar bradicardias sinusales y fenómenos de escape ventricular, con cuadros clínicos muy aparatosos y, aunque la ansiólisis puede ser suficiente, es conveniente disponer de atropina y en

caso necesario administrarla por vía intravenosa. La sedación previa y la medicación eventual vagolítica se consideran obligadas antes de iniciar la infiltración local perianal.⁸⁻¹⁰

La dilución de la lidocaína es al 1 o 2%, en dosis de 4 mg/kg. Si se utiliza con adrenalina, la dosis asciende a 7 mg/kg. La mepivacaína se utiliza al 0.5 a 1% en dosis de 5 mg/kg; con adrenalina la dosis es de 7 mg/kg. La duración del efecto anestésico de la lidocaína y de la mepivacaína es de 30 a 300 minutos (con o sin adrenalina). La bupivacaína se suministra del 0.25% o al 0.5% en dosis de 2 mg/kg, y con adrenalina es de 2.5 mg/kg. La duración oscila entre 120 y 420 minutos (con o sin adrenalina). Si la adrenalina alcanza una alta concentración en sangre, puede aparecer palidez, taquicardia, sudoración, palpitaciones, disnea e hipertensión arterial.^{11,12}

La administración de 500 a 750 mL/h de solución fisiológica durante la cirugía y el uso de analgésicos no opioides contribuyen a disminuir las probabilidades de vómitos en el posoperatorio.

La recuperación de los pacientes se realiza en un área designada. Ésta debe de contar con el médico anesthesiólogo que se encargó de la cirugía, personal de enfermería entrenado, monitoreo para control de parámetros vitales y equipo completo de reanimación. Debe estar ubicada contigua al quirófano y contar con oxígeno central y aspiración. Los pacientes que ingresan al área de recuperación, permanecen el tiempo necesario hasta alcanzar la recuperación que les permita egresar del hospital.

El tiempo de permanencia dependerá del tipo de cirugía, sedación y anestesia empleada, así como de las características del paciente. Los problemas más frecuentes son: náusea, vómito y dolor. El tratamiento de los mismos debe iniciarse previamente a la cirugía; en caso de persistir, se administrarán los fármacos necesarios para su control.

Los criterios de alta hospitalaria son los siguientes: signos vitales estables, ausencia de signos o síntomas posoperatorios que alteren la recuperación, sangrado mínimo posquirúrgico, no deber haber náusea o vómito por media hora o evidencia que la náusea está disminuyendo, tampoco debe haber vértigo después del cambio de ropa o bien al estar sentado por 10 minutos; control del dolor posquirúrgico con analgésicos y establecer, por escrito, los cuidados posoperatorios y signos de alarma durante las primeras 24 horas. En caso de ser necesario, el paciente

debe acudir al Servicio de Urgencias de la unidad hospitalaria.¹³⁻¹⁵

El mayor atractivo para los pacientes que son operados con cirugía ambulatoria es que sólo interfiere en grado mínimo con el modelo de vida al que están acostumbrados. Los enfermos y sus familiares agradecen el que se eliminen las rutinas, reglas y restricciones de los hospitales. El individuo no sólo siente que recibe más atención, sino que ésta es más personal, lo cual disminuye la ansiedad y, con ello, se obtienen efectos alentadores y benéficos. Los costos se reducen y hay menor riesgo de infección hospitalaria.

El principal objetivo y logro de la cirugía en pacientes ambulatorios es brindar atención segura, conveniente y económica, supera por mucho los beneficios que representa para la institución, la profesión médica y todo trabajador que labora directamente en el centro hospitalario.

CONCLUSIONES

En la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, en un periodo de 10 años, se realizaron un total de 4,392 cirugías; de ellas, 1,456 (33.15%) correspondieron a cirugías ambulatorias y 1,402 cumplieron con los criterios de inclusión. El promedio de edad de los pacientes operados fue 32 años. Las cirugías practicadas más frecuentemente fueron fisurectomía con esfinterotomía en 614 pacientes (43.79%) y drenaje de absceso anal en 350 (24.96%).

El empleo de la cirugía ambulatoria ofrece grandes ventajas para el paciente, para el cirujano y para el centro hospitalario donde se realiza; además, permite que el paciente se integre el mismo día a su hogar y más pronto a sus actividades laborales, además de disminuir los costos en la atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cueto GJ. *Manual de cirugía ambulatoria*. México, DF: SAA, 1993; 9-50, 79-87.
2. James ED. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. *Clin Chir N Am* 1987; 4: 685-707.
3. Orkin FK. Anestesia ambulatoria: Pasado, presente y futuro. *Clin Anestesiol N Am* 1996; 4: 535-549.
4. Mellinghoff I, Diefenbech C, Borner U. Ambulatory anesthesia practices in Germany. *Semin Anesthesia* 1997; 16: 197-205.
5. Chow C, Chung F. Ambulatory anesthesia practices in Canada. *Semin Anesthesia* 1997; 16: 225-234.
6. Pires M. Anestesia para cirugía y/o procedimientos ambulatorios. *Rev Arg Anest* 1997; 55: 115-135.

7. Pavlin DJ, Rapp S, Pollisat N et al. Factors affecting discharge time in adult outpatients. *Anesth Analg* 1998; 87: 816-826.
8. Joshi G, Twersky R. Fast tracking in ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery* 2000; 8: 185-190.
9. Philip BK. What are the best agents for ambulatory general anesthesia, and are they cost effective? *Anesthesiol Clin N Am* 1996; 14: 695-710.
10. Philip BK, Covino BG. Local and regional anesthesia. In: Wetcher BJ (ed). *Anesthesia for ambulatory surgery*. Philadelphia: JB Lippincott 1985; 225-274.
11. Piat V, Dubois MC, Johanet S. Induction and recovery characteristics and hemodynamic responses to sevoflurane and halothane to children. *Anesth Analg* 1994; 79: 840-844.
12. Molloy M, Buggy D, Scanlon P. Propofol or sevoflurane for laryngeal mask airway insertion. *Can J Anesth* 1999; 46: 322-26.
13. Pennant J, White P. The laryngeal mask airway. Its uses in Anesthesiology. *Anesthesiology* 1995; 79: 144-165.
14. Rapp SE. Recovery and discharge. *Anesthesiol Clin N Am* 1996 14:775-794.
15. Martínez H, Brandi C, Sívori E. Cirugía ambulatoria: Cinco años de experiencia en una unidad independiente con base hospitalaria. *Rev Argent Cirug* 2000; 79: 160-173.

Correspondencia:

Dr. Luis Charúa Guindic
Hospital General de México
Unidad de Coloproctología
Dr. Balmis 148
Col. Doctores.
06720 México, D.F.
Tel: 5999-613, ext. 1045
E-mail: luischarua@yahoo.com

