

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.
GUANTANAMO

ORGANIZACION DE UN SISTEMA DE CIRUGIA DE CORTA HOSPITALIZACION.

Dr. José Paulino Revé Machado¹, Dr. Ángel Píriz Momblant², Dr. José Daniel Suárez Salazar³, Dr. Félix Santell Odio², Dr. Rafael Moró Vela¹.

RESUMEN

En el servicio de cirugía general del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" se realizó un estudio del funcionamiento del sistema de atención por corta hospitalización, desde su puesta en práctica en abril de 1977 hasta julio del 2003, donde se expuso el organigrama de trabajo. Las edades con más afectados estuvieron entre la tercera y cuarta década de la vida. En cuanto a la morbilidad, en los 2 858 pacientes tratados por este método se comprobó un bajo índice de complicaciones (7.0%). El 85.0% de los pacientes fueron egresados antes de las 36 horas y se registró una buena aceptación del método.

Palabras clave: TIEMPO DE INTERNACION/tendencias; SERVICIO DE CIRUGIA EN HOSPITAL/estadísticas y datos numéricos; SERVICIO DE CIRUGIA EN HOSPITAL/ provisión y distribución.

INTRODUCCION

La cirugía de corta hospitalización (CCH) ha sido uno de los cambios más estimulantes, oportunos, económicos y satisfactorios de la práctica quirúrgica actual¹; no es una modalidad nueva; de hecho, se reconoce como la forma más antigua de la práctica quirúrgica², sólo que ahora, ante la disyuntiva de los altos costos de la atención médica, se volvió nuevamente la vista hacia él, para tratar de encontrar la solución a la problemática económica de la atención quirúrgica.³

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente

³ Especialista de I Grado en Cirugía General.

En el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de Guantánamo, en abril de 1997, se comenzó la aplicación de este sistema de atención, con el cual esperamos, al cumplir con los objetivos propuestos, eliminar una larga lista de espera quirúrgica y brindar una mejor atención a la población.

METODO

Se analiza la actividad del grupo de trabajo de atención a pacientes por el sistema de corta hospitalización y su funcionamiento, en el servicio de cirugía general desde abril de 1977 hasta julio del año 2003. Nuestro universo de trabajo lo constituyeron los 2 858 pacientes egresados del servicio de cirugía general y tratados por el método de cirugía de corta hospitalización. Los resultados del trabajo se expresan en tablas para su mejor comprensión. Se refleja el estado de opinión de los pacientes, tomado mediante una encuesta, y se ilustra el organigrama de trabajo.

El jefe del servicio de cirugía general procedió a seleccionar el grupo de trabajo para la atención a pacientes por CCH, el cual quedó constituido por dos especialistas de primer grado en cirugía general como plantilla fija, dos residentes que realizan su trabajo de terminación de residencia con estos pacientes y una enfermera asistencial, independientemente de otros especialistas y residentes del servicio que se programan según necesidades. Para la prestación de este servicio se contó con 7 camas en la sala de cirugía y se utilizaron los salones, el instrumental y el personal del salón central del hospital (Ver Organigrama de Trabajo, Figura).

RESULTADOS

En los años de trabajo estudiados se realizaron un total de 5 702 intervenciones quirúrgicas mayores electivas, de las cuales 2 858 fueron realizadas por el equipo de trabajo de CCH (46.6 %).

El tratamiento de las afecciones por parte de nuestro equipo de trabajo ha ido ganando en complejidad paralelamente con el desarrollo de habilidades del personal, y en la actualidad todas las afecciones abdominales y de cuello, además de las afecciones mamarias son atendidas por el equipo, exceptuando las neoplasias (Tabla 1).

La edad no ha constituido una limitante para la atención a nuestros pacientes; no obstante, se observa predominio de pacientes comprendidos entre la tercera y cuarta década de la vida.

En la Tabla 2 se reflejan las complicaciones: 199 (7.0%), con predominio de la sepsis y el seroma de la herida quirúrgica, con 2.9 % y 2.2 %, respectivamente.

El alta precoz es uno de los parámetros de mayor importancia para nuestro equipo de trabajo, ya que refleja la eficacia del método empleado. El 85.0 % de los pacientes intervenidos por este sistema fue egresado antes de las 36 horas de operado (Tabla 3). El porcentaje de aceptación del método fue bueno en el 97.0 % de los pacientes encuestados.

DISCUSION

En el período analizado nuestro equipo realizó el 46.6 % de las intervenciones de cirugía mayor electiva por el método de corta hospitalización; esta cifra está por encima de la establecida por el Ministerio de Salud Pública, que acepta el 20.0 %⁴ como índice óptimo para intervenciones quirúrgicas bajo bases de atención por corta hospitalización. Lathoower⁵ y Korttila⁶ intervinieron por este método de atención entre el 45.0 % y el 60.0 % de los pacientes. Domínguez Lanusa⁷ obtuvo el 38.3 %. En los Estados Unidos, en 1994, el 50.0 % de las intervenciones se realizaron bajo bases de atención por corta hospitalización.⁶

En la literatura médica revisada^{8,9} las hernias inguinales y las afecciones mamarias constituyeron las causas más frecuentes de intervenciones, lo cual no coincide con nuestra casuística, en que la litiasis vesicular (48.2 %), la hernia inguinal (19.2 %) y el fibroma uterino (13.4 %) fueron las entidades más frecuentemente tratadas por nuestro equipo; según Ferra¹⁰ el fibroma uterino constituyó el 20.0 % de las intervenciones en un servicio de cirugía general. La cirugía video-laparoscópica gana cada día más terreno y hace mucho más factible y corta la estancia del enfermo,¹¹ al permitir períodos cortos de observación y gran seguridad.^{12,13}

Se operaron hombres y mujeres de distintas las edades, pero hubo predominio de las del sexo femenino, lo cual está relacionado con las entidades más frecuentes en mujeres adultas jóvenes, por lo cual las personas más frecuentemente afectadas están comprendidas entre la tercera y cuarta décadas de la vida. Llama la atención, tanto en nuestros resultados como en los de otras publicaciones¹⁴⁻¹⁶, que el paciente adulto mayor ha participado de forma no significativa, lo cual debe hacer reflexionar, pues la generosidad del método, con garantías de la atención primaria en Cuba, permitirá hacerlo más extensivo a este grupo de edades.

Solo se presentaron 199 complicaciones (7.0 %); coinciden estos resultados con los parámetros de la Organización Mundial de la Salud¹⁷, la cual señala un rango entre 2.5 % y 12 %; además, consideramos que este aspecto se ha visto favorecido por los cuidados en cuanto a la asepsia, antisepsia, hemostasia y técnica quirúrgica depurada. La sepsis de la herida fue la complicación más frecuente, con el 2.9 %. Dais¹⁸ considera excelentes resultados los índices de sepsis entre 1.5 % y 5.1 %. En nuestro trabajo, sólo se registró un fallecido, como complicación de una colecistectomía por deslizamiento de la presilla de la arteria cística. En la literatura medica revisada^{19,20}

los porcentajes de esta complicación son similares a los nuestros. Domínguez Lanusa⁷ registró el 0.03 %.

El 85.0 % de nuestros enfermos fue dado de alta antes de las 36 horas, con iguales resultados de Lague²¹, Crawford²² y Philips.²³

En la literatura medica revisada, independientemente de la afección tratada, el porcentaje de aceptación de este método se encuentra por encima del 89.0 %^{24,25}; en nuestra casuística el 97 % de los pacientes encuestados lo consideró bueno, acorde con los aspectos indagados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Davis J E. Prefacio. Clin Quir Norteam 1987; 6 (4).
2. Davis J E. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. Clin Quir Norteam 1987; 67 (4): 687-707.
3. Gutiérrez Rivera J. Cir Esp 1992: 51.
4. Balance Estadístico del MI NSAP. Granma, ene 1998.
5. Lathower CD. Development of ambulatory surgery. An irreversible perspective. Chirurgie 1993-1994;119 (1-2); 72-5.
6. Koattila K. Recovery from out patient anesthesia. Factors affecting outcome. Anesthesia 1995; 22-8.
7. Domínguez Lanusa, J C, *et al*. Estructura y funcionamiento de un servicio de cirugía mayor ambulatoria y de corta hospitalización. Rev Cub Cir 1999;38 (1) 46-51.
8. Gutiérrez Rivero J. Cirugía ambulatoria. A propósito de 564 casos. Cir Esp 1992; 5 (2): 101-5.
9. Rotzer, A. Holfman R, Lange J. Integration organization and results of ambulatory surgery in a central hospital; Swiss Surg 1995; (6): 307-10.
10. Ferra Betancourt A R. I atrogenia en cirugía ginecológica. Acta Med 1991; (1): 33-64.
11. Sander C J, Leary B F, Wolfe B M. Is outpatient laparoscopic cholecystectomy wise? Surg Endosc 1995; 9(2) 1263-8.
12. Geier W S. An overview of consume-drive ambulatory surgery; operative laparoscopy. Nurse Pract 1995; 20 (11):36:46-51.

13. Bedat B, Hugonet C, Merline M. Laparoscopy: obstacle or revolution in the development of surgery? *Helv Chir Acta* 1994, 60 (5): 783-6.
14. Mederos O N, Pargas A, Ruiz J, Gutiérrez A, Peroza E, Gerardo A. Cirugía mayor ambulatoria en combinación con el médico de la familia. Estudio de 254 enfermos. Parte 1. *Rev Cub Med Gen Integr* 1991; 7 (3): 243-47.
15. Águila A. Alta Precoz. Sus ventajas sociales y sobre los indicadores hospitalarios. *Rev Cub Cir* 1997; 18 (2): 179-81.
16. Villasana L E, Rivera E. Tratamiento quirúrgico ambulatorio de la enfermedad pilonidal. *Rev Cub Cir* 1990; 29 (2):309-13.
17. Marino Figueroa A. Factores de riesgo de la infección posquirúrgica vulnerable por la Organización de la Salud. *Rev Cub Cir* 1998; 28 (4). 279-86.
18. Dais C. La teicoplanina nella profilassi dole infezione de la ferita in chirurgia ambulatoria maggiore. *Ann Ital Clin* 1998; 65 (10): 121-23.
19. Detmer D E. Cirugía en pacientes ambulatorios. *Clin Quir Norteam* 1982; 62 (4): 691-711.
20. Porro P N, Betancourt E, Cuan R, Pausa R. Morbilidad quirúrgica en un hospital municipal docente de Cuba. Estudio de dos años. *Rev Cub Cir* 1989; 29 (5): 433-41.
21. Lague R J, Milirent J L. Changes in ambulatory surgery utilization. 1983-1988. A community based analysis. *Am Public Health* 1990; 80 (7): 869-71.
22. Crawford F L. Managing quality and reducing risks in ambulatory surgery. Some perspectives. *Nurs* 1992; 1 (3): 153-66.
23. Philip B K. Patient assessment of ambulatory anesthesia and surgery. *J Clin Anesth* 1992; 4 (5):355-8.
24. Neufeld DM, Paran H, Bendahuh J, Freund V. Outpatient surgical treatment of anal fissure. *Eur J Surg* 1995; 161 (6): 435-38.
25. Senafate A, Young A E. Acceptability of day care surgery: *J R Soc Med* 1999; 82: 735-36.

TABLA 1. MORBILIDAD POR ENFERMEDADES

| ENFERMEDADES | No. | % |
|----------------------|--------------|--------------|
| Litiasis vesicular | 1 397 | 48.2 |
| Hernia inguinal | 558 | 19.2 |
| Fibroma uterino | 390 | 13.4 |
| Hernia incisional | 156 | 5.4 |
| Nódulo de mama | 54 | 1.9 |
| Quiste de ovario | 51 | 1.8 |
| Rectocistocele | 45 | 1.6 |
| Lipoma | 41 | 1.4 |
| Hernia crural | 26 | 0.9 |
| Plastrón apendicular | 21 | 0.7 |
| Hidrocele | 19 | 0.6 |
| Quiste hepático | 18 | 0.6 |
| Nódulo de tiroides | 18 | 0.6 |
| Bridas y adherencias | 15 | 0.5 |
| Hernia umbilical | 14 | 0.5 |
| Hernia epigástrica | 14 | 0.5 |
| Multiparidad | 14 | 0.5 |
| Salpingitis crónica | 14 | 0.5 |
| Ginecomastia | 12 | 0.4 |
| Quiste tirogloso | 6 | 0.2 |
| Otros | 17 | 0.6 |
| Total | 2 900 | 100.0 |

TABLA 2. COMPLICACIONES

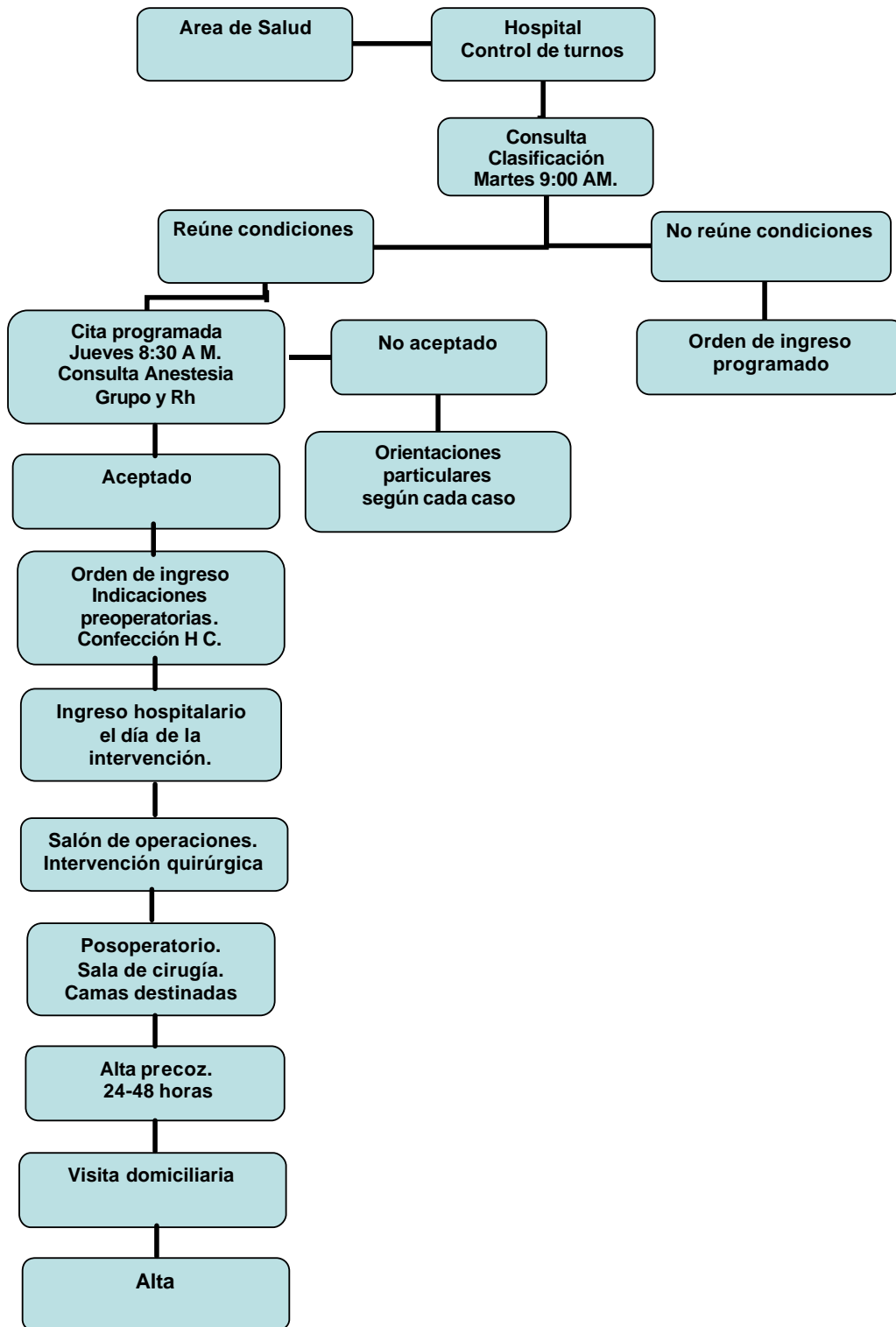
| COMPLICACIONES | No. | %* |
|-----------------------|------------|------------|
| Sepsis de herida | 82 | 2.9 |
| Seroma de herida | 63 | 2.2 |
| Granuloma de herida | 17 | 0.6 |
| Hematoma de herida | 16 | 0.5 |
| Flebitis | 8 | 0.3 |
| Fiebre postoperatoria | 5 | 0.2 |
| Cefalea post-raquídea | 4 | 0.1 |
| Absceso subfrénico | 2 | 0.1 |
| Otras | 2 | 0.1 |
| Total | 199 | 7.0 |

**Cálculos realizados sobre la base del total de operaciones (n = 2 858)*

TABLA 3. ESTADÍA HOSPITALARIA

| ESTADÍA/HORAS | NO. | % |
|----------------------|--------------|--------------|
| 12-24 | 407 | 14.2 |
| 25-36 | 2 023 | 70.8 |
| 37-48 | 255 | 8.9 |
| 49-72 | 173 | 6.1 |
| Total | 2 858 | 100.0 |

Figura. Organigrama de trabajo.



Correspondencia: Dr. José Paulino Revé Machado. Ave. Camilo Cienfuegos 656 Guantánamo. Cuba.
Tlf. 32 2617.