

CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA E INDICADORES DE CALIDAD

X. Freitte, V. Santibañez, H. Goecke

**Servicio de Cirugía y Anestesiología. Hospital de Quilpué. Facultad de Medicina.
Universidad de Valparaíso.**

RESUMEN:

Se presenta la experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital de Quilpué desde la creación del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Se trata a 227 pacientes que ingresan al Programa de CMA entre el 01 de Octubre del 2003 y el 31 de Julio del 2004. Los indicadores de calidad considerados son: Ingreso con familiar, Ingreso a base de datos Filemarker, Encuesta telefónica, Tasa de Infección intrahospitalaria (IIH), y Satisfacción Usuaría. El 96 % de las cirugías corresponden a colecistectomías laparoscópicas, hernioplastías y safenectomías. De los 227 pacientes, el 94 % se dieron de alta durante las primeras 12 horas. Solo 12 pacientes debieron quedar hospitalizados por más de 12 horas, en su mayoría por colecistectomía laparoscópica convertida. No hubo mortalidad. Hay 3 reingresos de los cuales ninguno requirió reintervención.

El 100 % de los pacientes ingresa con familiar que lo acompaña en la fase de readaptación al medio. Todos los pacientes ingresaron a la base de datos propuesta. La encuesta telefónica se realizó al 96,74% de los pacientes de CMA, donde se establece que el estado del paciente era bueno o excelente en el 98,08% de los encuestados. La satisfacción usuaria alcanzó el 98 %. La tasa de IIH alcanzó un 0,93 %.

Los resultados expuestos nos llevan a proponer el desarrollo de la CMA en todos los hospitales de mediana complejidad en las patologías de mayor frecuencia en nuestro país.

INTRODUCCIÓN

Tanto en las políticas de salud actuales del Ministerio de Salud, como internacionales el enfoque moderno tiende a la resolución de los problemas quirúrgicos en forma ambulatoria, , por el concepto de que la cirugía mayor ambulatoria (CMA) es mas costo-efectiva que la cirugía con ingreso.(9,10)

Las necesidades de desarrollar un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) que cuente con aceptación de los usuarios internos y externos, requiere conocer indicadores de calidad en todas las etapas que deben llevarse a cabo.

El Hospital de Quilpué atiende a beneficiarios de Villa Alemana y Quilpué, con una población asignada de 220.000 habitantes y con 180 camas disponibles. El Servicio de Cirugía cuenta con 30 camas para pacientes hospitalizados.

Desde Octubre del 2003 se lleva a cabo el programa de CMA que cuenta con una sala distante del servicio quirúrgico, con personal exclusivo, enfermera a cargo del programa y técnico paramédico. Los pacientes no pernoctan en el hospital. El programa básicamente está creado según la experiencia española.(9)

MATERIAL Y METODO

Se presenta un trabajo descriptivo retrospectivo de una serie de casos de CMA del Hospital de Quilpué, establecimiento de mediana complejidad de la Quinta Región. Las intervenciones se efectuaron desde el 06 de Octubre del 2003 al 31 de Julio del 2004.

En el programa de CMA, se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

Colecistolitiasis y/o pólipo vesicular, hernias inguinocrurales, umbilicales, epigátricas, de la línea alba, varices. ASA I y ASA II, Índice Masa Corporal (IMC) hasta 35, que cuente con teléfono, baño y cama propia en su domicilio., que viva a menos de 50 Km. del Hospital o a menos de una hora de viaje, que cuente con vehículo que lo traslade al alta, y tener un familiar idóneo que lo cuide durante las primeras 48 horas postoperatorias.

Los criterios de exclusión al programa son:

Obesidad mórbida, patología orificial, hernias incisionales gigantes, hernias inguinoescrotales gigantes y patología psiquiátrica del paciente o del familiar responsable. La patología biliar se resuelve por colecistectomía laparoscópica, la herniorrafia inguinal según técnica de Liechtenstein.

La proposición de ingreso al programa la inicia cualquier cirujano en el momento de la confección del ingreso quirúrgico. Si el paciente acepta esta posibilidad debe responder a una encuesta realizada por la Enfermera CMA. En esta encuesta se establece si cumple con los criterios ya descritos. En este momento se le entrega la información en forma oral y por escrito sobre el funcionamiento de CMA, indicaciones preoperatorias y consentimiento informado.

El paciente acude a la sala de CMA en la fecha de la cirugía con su familiar a las 07:30 horas. Se controla, se realiza el ingreso y revisa el consentimiento informado, así como su ubicación en la tabla quirúrgica. Se prepara para la cirugía, ingresa a pabellón y se efectúa la intervención. De vuelta de su recuperación anestésica es acompañado por familiar en la etapa de readaptación al medio.

El cirujano debe firmar el alta hospitalaria, las indicaciones, receta y carné de alta con diagnóstico, operación, indicaciones post-operatorias y licencia si procede. Se inicia la fase de adaptación al medio, en la sala de CMA con su familiar, con enfermera y técnico paramédico. En esta etapa se educa al paciente y familiar sobre el auto cuidado, higiene, cuidados de la herida, dieta, reposo, analgésicos, etc.

En colecistectomía se utiliza anestesia general. La inducción se efectúa con Sevorane 8%, oxígeno + óxido nitroso 50 % o inducción mixta con Sevorane 4 – 5 % + pentotal 125 – 200 mg..

Como relajante muscular se utiliza Traquium 25 mg. Como antiemético se utiliza Dexametasona 4 mg. y/o Droperidol 5 mg.

En caso que los pacientes presentaran vómitos en la etapa de readaptación al medio se indica Ondesatron 4 mg. ev.

En la mayoría de los casos de hernias se utilizó Anestesia Raquídea, al igual que en la cirugía de várices.

Como analgesia en el post-operatorio inmediato se deja con 1500 cc. de Suero Glucosalino + 2 ampollas de dipirona cada 500 cc de hidratación.

La analgesia utilizada en el domicilio es Dipirona 2 cada 8 horas vo.

El alta hospitalaria la realiza el anestesista según Score de Alderete Modificado para CMA. (Anexo 1) (11). Este Score se aplica a las 16 hrs y a las 17hrs. Si el paciente obtiene un puntaje menor a 18, no podrá darse el alta. El puntaje máximo de 18 se logra cuando el paciente está estable hemodinámicamente, orientado temporoespacialmente, sin dolor, ha probado tolerancia oral a líquidos, ha presentado micción espontánea, deambula con ayuda, ha comprendido la información entregada, y tiene su situación laboral resuelta. El traslado a su domicilio lo efectúa con el familiar por sus medios.

La enfermera efectúa el seguimiento telefónico protocolizado al día siguiente; en el evalúa ingesta, manejo del dolor, deambulación, sospecha de complicaciones locales del sitio operatorio o sospecha de complicaciones generales, se aclaran dudas y se dan las indicaciones pertinentes en cada caso. La necesidad de control médico esta cubierta las 24 horas del día por el cirujano residente en urgencia del mismo hospital.

El día del retiro de puntos el procedimiento lo efectúa la enfermera y se le entrega la encuesta de satisfacción usuaria, en ella se identifica si el paciente recibió la información adecuada, los cuidados y la analgesia suficiente y su relación con el personal de salud.

El siguiente control lo efectúa el cirujano tratante en el consultorio de Especialidades con biopsia si procede quien da el alta definitiva.

Se consideraron los siguientes indicadores de calidad:

De proceso: -Ingreso con familiar a cargo. (Tasa esperada de 98%)

-Ingreso de los datos a Filemarker .(Tasa esperada de 98%)

-Encuesta telefónica postoperatoria. (Tasa esperada 95%)

De resultados: -Tasa IIIH.(Tasa esperada menor de 3%)

-Encuesta de satisfacción usuaria (Satisfacción del 95%)

RESULTADOS.

Se efectuaron 227 cirugías entre el 01 de Octubre del 2003 al 31 de Julio del 2004, que corresponden al 67,7 % de las cirugías electivas efectuadas en este periodo. En nuestro hospital el 30 % de las cirugías mayores corresponde a ingresos desde urgencia.

La distribución de las cirugías según diagnóstico se muestra en la tabla 1

TABLA N 1

Diagnóstico	Hombres	Mujeres	Total	%
Colelitiasis o pólipo	16	79	95	41,85
Hernia	66	24	90	39,64
Várices	5	29	34	14,98
Otros	5	3	8	3,53
	92	135	227	100,00

La colelitiasis y/o pólipo, la hernia y las varices corresponden al 96,47 % de las causas de ingreso al programa de Cirugía Mayor Ambulatoria. Las otras causas corresponden en su mayoría a ginecomastias.

La distribución de las herniorrafias se expresa en la tabla N 2, el 70% correspondieron a hernias inguinales.

TABLA N 2

CIRUGIA	Mujeres	Hombres	Total	
	N	N	N	%
H. Inguinal	11	52	63	70,0
H. Umbilical	4	13	17	18,9
H. Epigástrica	4	1	5	5,6
H. Incisional	1	0	1	1,1
H. Crural	4	0	4	4,4
TOTAL HERNIAS	24	66	90	100,0

Los pacientes que pudieron egresar el mismo día de la cirugía corresponden a 215 pacientes (94,71 %). De doce pacientes que permanecen más de 12 horas, ocho corresponden a colecistectomía laparoscópica convertida, dos por hiperémesis, uno por lipotimia y uno por hemorragia de herida operatoria .

Todos los pacientes que presentaron causa de hospitalización distinta a la conversión pudieron darse de alta al día siguiente, correspondiendo a cirugías de corta estancia.

Las causas de conversión en cinco casos correspondieron a dificultad técnica, en dos a sospecha de colédoco litiasis y un caso por hemorragia del lecho vesicular.

Hubo tres reingresos, uno de ellos a los 5 días por dolor en hipocondrio derecho que correspondió a una colección en el espacio de Morrison, requiriendo solo analgesia y control con ecotomografía seriada, dándose de alta a los 4 días después sin otro procedimiento. El otro reingreso se trató de un paciente operado de hernia umbilical, que presentó infección de herida a los 14 días. Se trató con antibióticos endovenosos y manejo local del sitio operatorio. El tercer reingreso corresponde a un paciente operado de colecistectomía laparoscópica que a los 24 días cursa con ictericia obstructiva que requirió hospitalización para resolución de coledocolitiasis residual por vía endoscópica retrograda.

El 98% de los pacientes que se dio de alta el mismo día, lo hizo durante las primeras 12 horas.

Los indicadores de calidad considerados son :

- 1.-Ingreso con familiar. El 100% de los pacientes ingreso con su familiar.
- 2.-Ingreso a Filemarker: El 100% de los pacientes de CMA fue ingresado a una base de datos Filemarker donde se maneja la información de todos los procesos.
- 3.-Encuesta telefónica: Se realizaron 208 encuestas telefónicas a los 215 pacientes de CMA que egresaron el mismo día de la cirugía, lo que corresponde al 96,74 % . El estado del paciente era excelente o bueno en el 98,08 % de los entrevistados.
- 4.- La tasa de infección intra hospitalaria es de 0,93 % que correspondieron a dos hernias cuyo agentes etiológicos fueron estafilococos aureus y E. coli.
- 5.- Satisfacción usuaria: Se efectúa encuesta de satisfacción usuaria a 200 pacientes (93,02 %) del total de pacientes CMA. Si se considera como indicador clave si el paciente volvería al hospital bajo este mismo sistema obtuvimos que el 99,0 % de los pacientes lo haría bajo este mismo régimen.

DISCUSIÓN

El 96 % de las cirugías efectuadas en nuestra unidad de CMA corresponden a las intervenciones más frecuentes desarrolladas en todos los hospitales, sin embargo llama la atención que en los trabajos nacionales la cirugía biliar no llegue ni siquiera al 5 % de la Cirugía Mayor Ambulatoria (1, 2). En nuestra experiencia el 41,5 % de la CMA fue por patología biliar.

Considerando la colecistectomía laparoscópica ambulatoria, el alta antes de las 24 horas corresponde a un 94 % mayor que el entregado por el Hospital Barros Luco Trudeau (66 %) (3, 8). En los trabajos nacionales y extranjeros se aconseja efectuar la cirugía a la primera hora de la mañana, sin embargo no es infrecuente que esto no

sea posible por la existencia de cirugías de urgencia, o por cirugía prolongadas Las hospitalizaciones en nuestra serie corresponden en su mayoría a la colecistectomía laparoscópica convertida que no se ve en experiencias extranjeras (4, 5). Llama la atención que en la experiencia extranjera se presenta como causa de ingreso la retención urinaria y el dolor (4, 5), no presentes en nuestra casuística.

La tasa de IIH es de 0,93 % del total de CMA, si se consideran solos las hernias este porcentaje sube a 2 %. Esta cifra es menor a la mostrada en CMA de hernias operadas con anestesia local (6) y considerando la utilización de mallas algunos trabajos llegan a cifras del 5,12 % (7).

En los trabajos nacionales y extranjeros no se considera como parte del proceso la incorporación del familiar en el ingreso a la unidad de CMA hasta la cirugía ni tampoco la participación del familiar en la etapa de readaptación al medio, situación que es abordada en nuestra experiencia. Creemos que esto disminuye la ansiedad del paciente, involucra al familiar en la recuperación lo que es fundamental para permitir la inserción en el hogar sin angustia.

El llamado telefónico permite que el paciente mantenga el nexo con el hospital, refuerza la educación del paciente y familiar, permite modificar la terapia analgésica, comprueba tolerancia al régimen y aclara dudas.

Tener registro computacional de los pacientes que ingresan al programa permite conocer oportunamente la evolución post-operatoria, la tasa de IIH, el número de ingresos o reingresos y establecer intervenciones para mejorar la calidad de la atención.

La creación de CMA en nuestro país ha sido lenta y solo efectuado por hospitales de mayor complejidad, a pesar de que hay múltiples trabajos que coinciden que son más las ventajas que los riesgos (10). La razón primordial que se aduce son los costos y por la creencia que la población no está preparada para ello. Sin embargo la razón principal creemos es la resistencia de algunos cirujanos que ven en este tipo de cirugías, mayor riesgo legal.

Actualmente ya no es suficiente efectuar las cirugías técnicamente adecuadas, sino emplear indicadores de calidad en todos los procesos para obtener los resultados esperados no sólo en términos de morbimortalidad sino en calidad en cada una de las etapas. Es así que el programa de CMA propuesto por el Hospital de Quilpué es repetible en cualquier hospital de mediana complejidad que incide en la oportunidad de la atención, disminuye la lista de espera, evita los rechazos por falta de camas, involucra a la familia en la recuperación del paciente y establece índice de calidad que permitirá en el futuro compararnos con otros servicios.

Bibliografía:

- 1.- Arriagada E, Hurtubia R, Zenteno O, Vargas C : Cirugía Mayor Ambulatoria. Rev. Chil Cir 1996; Vol 48:622-5.
- 2.- Arriagada E.: Cirugía Mayor Ambulatoria. Rev. Chil. Cir 2000; Vol 52: 608-612.
- 3.- Maggiore D. Out patient Laparoscopic Cholecystectomy: a reality. JLS 2002 Oct-Des; 6(4):369-371
- 4.- Ammori BJ, Davies D. Day-case Laparoscopic Cholecystectomy: A Prospective Evaluation of a 6 year experience. J.Hepatobiliary Pancreat Surg. 2003; 10 (4: 303-8)
- 5.-Lau H, Brooks Dc.World J Surg 2002 Sep;26(9) 1117-21.
- 6.- Promis G,Villablanca L.Infección de la herida quirúrgica del Servicio de Cirugía del Hospital Félix Bulnes Cerda. Rev chil Cir 2000 ; 52 : 593-600.
- 7.- Acevedo A,Gallego A. Cirugía Mayor Ambulatoria de las Hernias. Rev Chil Cir 2004 , vol 56 (2)166-171
- 8.- Hernández F, Rodríguez O, Rodríguez E, et al. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Rev Chil Cir 1999; Vol 51: 373- 378.
- 9.- Porrero JL.: Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual Práctico Segunda Edición. 2002.
- 10.-Pineault R, Constandriopoulos A, Valois M, Lance J. Randomized clinical trial of one-day surgery. Patient satisfaction ,clinical outcomes and costs. Ned Care 1985;23:171-182.
- 11.-Chung F.Are discharge criteria changing? J Clin Anest 1993;5 suppl(1):64s-68s.

ANEXO 1

ESCALA DE ALDERETE MODIFICADA PARA CMA

	Puntuación
Respiración	
Capaz de respirar y toser	2
Disnea / respiración superficial	1
Apnea	0
Circulación (PA peroperatoria)	
PA + 20 mmHg del nivel preoperatorio	2
PA + 20 a 50 mmHg del nivel preoperatorio	1
PA + más de 50 mmHg del nivel preoperatorio.	0
Conciencia	
Despierto	2
Se despierta al llamarle	1
No responde	0
Capacidad para mantener saturación de Oxígeno	
> 92 % con aire del ambiente	2
Necesidad de oxígeno para mantener saturación > 90 %	1
Saturación de Oxígeno < 90 % a pesar de oxigenoterapia	0
Vestuario	
Seco y limpio	2
Húmedo pero estacionario o marcado	1
Área de humedad creciente	0
Dolor	
Sin dolor	2
Dolor leve controlado por medicación oral	1
Dolor severo que requiere medicación parenteral	0
Deambulación	
Capaz de permanecer de pie y andar recto	2
Vértigo cuando se levanta	1
Mareo cuando está en decúbito supino	0
Alimentación	
Capacidad para beber líquidos	2
Nauseas	1
Nauseas y vómitos	0
Diuresis	
Ha orinado	2
No orina pero esta confortable	1
No orina y esta molesto	0
