

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**EVOLUCION POST-OPERATORIA EN  
PACIENTES TRATADOS CON CIRUGIA  
AMBULATORIA**

Estudio retrospectivo realizado en Hospital de Día,  
Hospital Roosevelt durante el periodo del 1 de enero de 1997  
al 31 de diciembre de 1999

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

**MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR PEREZ**

En el acto de investidura de:

**MEDICA Y CIRUJANA**

## INDICE

I	INTRODUCCION .....	1
II	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA .....	2
III	JUSTIFICACION .....	3
IV	OBJETIVOS .....	4
V	REVISION BIBLIOGRAFICA .....	5
	Cirugía Ambulatoria .....	5
	Definición.....	5
	Generalidades.....	5
	Cirugía Ambulatoria en Guatemala.....	7
	a. antecedentes.....	7
	b. objetivos.....	8
	c. selección del paciente.....	9
	d. evaluación preoperatoria.....	9
	e. ingreso a hospital de día.....	10
	f. recuperación.....	10
	g. instrucciones post-operatorias de egreso.....	10
VI	MATERIAL Y METODOS.....	11
VII	PRESENTACION DE NANLISIS Y RESULTADOS.....	15
VIII	CONCLUSIONES.....	25
IX	RECOMENDACIONES.....	26
X	RESUMEN.....	27
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	28
XII	ANEXOS.....	31

## I. INTRODUCCION

Desde su origen la cirugía se ha venido desarrollando y perfeccionando a la par de la tecnología y a la vez satisfaciendo las necesidades de una sociedad práctica y moderna.

Un número cada vez mayor de operaciones se realizan en pacientes externos, sin que el paciente pase una noche antes de su operación en el hospital y un promedio de más o menos 8 a 12 horas post-operatorias para su egreso.

El Hospital de Día del Hospital Roosevelt, actualmente cuenta con un Programa de Cirugía Ambulatoria, en el cual se realizó el presente estudio con el objeto de describir los beneficios, complicaciones y evolución post-operatoria tratados con este tipo de cirugía como de objetivizar la experiencia obtenida en dicho Programa Ambulatorio.

Al efecto se procedió a revisar los registros clínicos de pacientes atendidos con este programa durante el periodo del 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1999; encontrando que el sexo con mayor predominio es el femenino con 56.2 %, siendo el rango de edad más frecuente el de 30 a 39 años para ambos sexos con 25 %, los procedimientos realizados fueron la colecistectomía videolaparoscópica con 40 %; y la hernioplastia con 22 %. La principal complicación encontrada fue el dolor con un 81 %, el cual se resolvió con el uso de analgésicos los que representan 92.8 % de los medicamentos más utilizados. La evolución post-operatoria de estos pacientes fue buena en un 99.8 %, ya que en la evaluación realizada previo al egreso y en su cita en la primera semana post-operatoria, no referían ninguna molestia. Lo anterior pone de manifiesto la utilidad y eficacia de el Programa de Cirugía Ambulatoria.

## II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

En la historia de la medicina, se hace mención de CIRUGÍA AMBULATORIA desde año de 1909 por Nicoll de Glasgow quien describió su experiencia en procedimientos quirúrgicos en pacientes pediátricos. (1)

En 1955 se habla de Cirugía Ambulatoria como aquella cirugía menor y complicaciones, con un máximo de 36 horas intrahospitalarias post-operatorias. (4)

En Ginebra el 16 de marzo de 1959 el Doctor M. G. Canday Director General de Organización Mundial de la Salud, enfatizó que desde 1951 la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud recomendaba los estudios que desempeñan la unión de los hospitales y servicios domiciliarios en la promoción de la salud. (11)

En Guatemala la demanda de pacientes que necesitan tratamiento quirúrgico es elevada siendo en su mayoría evaluados por consulta externa e incluidos en una larga lista de espera para poder ser ingresados y recibir el tratamiento quirúrgico necesario. Aunado a la ansiedad que provoca el hecho de saberse enfermo, no contar con el dinero necesario para un hospital privado, esto se traduce en pérdida de tiempo y dinero para el paciente y su familia en donde puede ser parte vital de ingresos.

El Hospital de Día del Hospital Roosevelt es una unidad en la cual se desarrollan las actividades del Programa de Cirugía Ambulatoria, en un ambiente confortable con todos los medios necesarios, personal calificado para realizar de forma segura bajo anestesia local general la intervención quirúrgica que el paciente necesita. Esta unidad funciona desde febrero de 1995, teniendo como objetivo desde entonces dar mayor cobertura a pacientes que requieran tratamiento quirúrgico, aportar cuidados de calidad durante un periodo de observación; y control por parte del personal médico y de enfermería para asegurar una rápida y segura recuperación.

En tal sentido se decide realizar el presente estudio en el HOSPITAL DE DIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT en donde existe un PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA el cual permite a muchos pacientes poder encaminarse hacia el lugar en el cual se efectuará la operación por la mañana y salir por la tarde de ese mismo día esperando incorporarse a sus actividades en un tiempo mínimo. Esto disminuye los costos del tratamiento basado en la reducción del personal paramédico y el prescindir de encamamiento, sin embargo el abaratar los costos no disminuye la calidad del tratamiento que el paciente recibe. (10, 14)

El programa ha sido de gran ayuda para el Hospital Roosevelt, sin embargo se desconoce el punto de vista de los pacientes, y los posibles problemas más frecuentes que han tenido que enfrentar en casa al egresar tempranamente del hospital, razón por la cual se considera importante conocer los problemas que aquejan a los pacientes tratados con cirugía ambulatoria.

### III. JUSTIFICACION

En nuestro país la demanda de servicios de salud que presenta afecciones quirúrgicas es elevada, siendo uno de los factores limitantes en resolver este tipo de enfermedades la crisis económica en la que vivimos, la cual eleva los costos de hospitalización.

El Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt tiene dentro de su programa de cirugía electiva una larga lista de pacientes en espera de tratamiento quirúrgico, aun así no se logra cubrir a este grupo en su totalidad. Actualmente se ha logrado ampliar la cobertura de estos servicios a través del PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA, la cual incluye cirugía general, cirugía plástica, otorrinolaringología y proctología. Los procedimientos son realizados por Médicos Cirujanos especialistas y Residentes de Cirugía.

Para que un paciente sea candidato a cirugía ambulatoria debe de llenar los siguientes requisitos: tener diagnóstico preciso de la entidad quirúrgica, tener laboratorios de rutina que no excedan de 3 meses, pacientes con enfermedades agregadas deben estar compensados y bajo tratamiento médico, el paciente debe contar con habitación propia, con familia que lo apoye antes, durante y en el post-operatorio, contar con servicios básicos.

De acuerdo a estudios realizados en varios países de América Latina se considera que este tipo de programas disminuye los costos, prescindiendo encamamiento y reducción de personal. (3,4,6)

El paciente se beneficia resolviendo su enfermedad; y pagando una mínima cantidad. Los resultados obtenidos con este programa han sido beneficiosos para el hospital, pero se desconoce la opinión de los pacientes que han recibido el tratamiento y quienes son la razón de ser de este programa.

#### IV. OBJETIVOS

##### A.- General:

Conocer la evolución post-operatoria de pacientes tratados dentro del programa de Cirugía Ambulatoria en el Hospital de Día / Hospital Roosevelt.

##### B.- Específicos:

1. Identificar el grupo étnico y sexo de pacientes tratados con cirugía ambulatoria
2. Determinar el uso de medicamentos en pacientes tratados con este tipo de cirugía
3. Determinar el tipo de procedimiento quirúrgico realizado con cirugía ambulatoria
4. Establecer la sintomatología post-operatoria más frecuente en este grupo de pacientes
5. Determinar las complicaciones post-operatorias más frecuentes
6. Determinar las condiciones de egreso y la evolución post-operatoria de los pacientes tratados con este tipo de cirugía.

**EVOLUCION POST-OPERATORIA EN PACIENTES TRATADOS EN EL  
PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA, EN HOSPITAL DE DIA / HOSPITAL  
ROOSEVELT.**

Estudio retrospectivo-descriptivo efectuado en Hospital de Día, durante el periodo del 01 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1999.

## INDICE

I.	INTRODUCCION .....	01
II.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA .....	02
III.	JUSTIFICACION .....	03
IV.	OBJETIVOS .....	04
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA .....	05
	Cirugía Ambulatoria .....	05
	Definición.....	05
	Generalidades.....	05
	Cirugía Ambulatoria en Guatemala.....	07
	a. antecedentes.....	07
	b. objetivos.....	08
	c. selección del paciente.....	09
	d. evaluación preoperatoria.....	09
	e. ingreso a hospital de día.....	10
	f. recuperación.....	10
	g. instrucciones post-operatorias de egreso.....	10
VI.	MATERIAL Y METODOS.....	11
VII.	PRESENTACION DE NANLISIS Y RESULTADOS.....	15
VIII.	CONCLUSIONES.....	24
IX.	RECOMENDACIONES.....	25
X.	RESUMEN.....	26
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	27
XII.	ANEXOS.....	29

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

### A.- CIRUGÍA AMBULATORIA

#### 1. Definición

Es la que realiza procedimientos en pacientes no hospitalizados o ambulatorios, la cual no requiere de estancia hospitalaria, más que el tiempo necesario para su recuperación durante el post-operatorio inmediato (6 horas), bajo vigilancia de personal médico y paramédico.

El paciente puede llegar al hospital el mismo día de la operación por la mañana; y egresar por la tarde a su domicilio.(2,5)

#### 2. Generalidades

En 1,909 Nicoll Deglasgow describió su experiencia en procedimientos quirúrgicos efectuados en pacientes pediátricos ambulatoriamente, siendo la razón de esta práctica la escasez de camas dentro del hospital causada por la epidemia de osteomielitis y tuberculosis de esa época. (1)

La cirugía ambulatoria se remonta a la década de los años 50 (1,955) época en la que se iniciaron las primeras experiencias en cuanto a este tipo de cirugía, en la cual FAROUBARSON delineó sus beneficios en un estudio realizado en pacientes con hernia en un periodo de cinco años. (4)

Los primeros en plantear la necesidad de un programa de Cirugía Ambulatoria fueron STPHENS Y DUDLY, quienes redujeron la lista de espera para pacientes con hernia y venas varicosas. Desde esa fecha se viene insistiendo en el desarrollo de estos programas, teniendo en cuenta la necesidad de buscar solución a la gran demanda de servicios de salud causada por el aumento de la población. En 1,974 FORD Y REDD en EEUU reportaron que entre el 20 y el 40 % de procedimientos quirúrgicos se realizan con cirugía ambulatoria. (5)

En los últimos años se ha dado mayor impulso a la Salud Pública y Medicina Social para mantener un alto nivel de salud en las comunidades en las cuales profesionales de la salud y otros han unificado esfuerzos para una mayor promoción en bienestar de los desposeídos. Cuando se inició este tipo de actividades se formaron grupos o comités para el cuidado preventivo y curativo, dentro de estos programas se incorporó a los hospitales por ser parte de los recursos asistenciales y por estar ubicados en puntos estratégicos. (11)

En GINEBRA el 16 de marzo de 1,959 el Dr. M.G. Canday, Director General de la Organización Mundial de la Salud, enfatizó que desde 1,951 la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud, recomendaba los estudios que desempeña la unión de hospitales y servicios domiciliarios en la promoción de la salud.

En Alemania los médicos Angel G. Almenery y Chakravartiz iniciaron estos programas en áreas rurales incorporando a estudiantes de medicina para que realizara n visitas domiciliarias a pacientes post-operados.

Enfatizando que los servicios ambulatorios deben desarrollarse en coordinación con los hospitales y entidades relacionadas con la salud para lograr que estos programas salgan adelante. recomendando al personal, médico del establecimiento ser muy claro en cuanto a las instrucciones y consejos dados, así mismo como aprovechar los departamentos públicos de espera del hospital para impartir educación en salud. El comité admitió también que no en todos los países se pueden aplicar los programas de Cirugía Ambulatoria por la infraestructura con la que cuenta cada uno.

Además se tomó en cuenta el alto costo derivado del cuidado de hospitalización y la escasez de camas, lo que obliga a las autoridades hospitalarias a buscar soluciones a corto plazo para aliviar la demanda de los servicios de salud.(5,7)

Tomando en cuenta estas limitantes el ejercicio médico moderno ofrece la Cirugía Ambulatoria la cual da una rehabilitación rápida, acorta el periodo de hospitalización ; y después del periodo critico acelera la ambulación, el paciente es dado de alta del hospital con anticipación, asegurando la recuperación con mínimas o ninguna complicación. No debe olvidarse la importancia que tiene la vivienda para que el paciente cuente con servicios básicos, además de un cuarto en el cual pueda estar aislado atendido por su propia familia.(10)

En países europeos específicamente en Francia se impulsó este tipo de programas especialmente con MEDICOS SIN FRONTERAS, quienes movilizaron equipos en áreas con poblaciones dispersas llevando equipo mínimo necesario para procedimientos quirúrgicos. También Vietnam la RED CROSS es otro ejemplo de este tipo de programas. La ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD ha dado un buen impulso a los programas de atención ambulatoria.(12)

En América del Sur en el Hospital de Cali Colombia se inicio un programa de Cirugía Ambulatoria en octubre de 1,970 el cual con sus resultados satisfactorios lo convirtió en un PROGRAMA OFICIAL DE LA SECCION DE CIRUGÍA.

Fue también en esta Asamblea donde se presentó el primer informe y resultados de las investigaciones realizadas en cuanto a la oportunidad que da el hospital al paciente y a la comunidad en el campo de la CIRUGIA. Posteriormente en 1,971 el Hospital San Juan de Dios (Bogotá) inicia su programa de CIRUGIA AMBULATORIA dando excelentes resultados. (13)

En la década pasada hubo un gran crecimiento de la Cirugía Ambulatoria , el cual fue estimulado por el desarrollo de innovadoras técnicas quirúrgicas tales como: ENDOSCOPIA Y CIRUGIA LASER y el uso de ANESTESICOS DE CORTA DURACION CON POCOS EFECTOS ADVERSOS

Más del 50% de procedimientos quirúrgicos son realizados en una unidad ambulatoria, tendencia que ha revolucionado la cirugía y la ha llevado fuera del hospital a consultorios de atención gratuita, consultorios médicos y unidades de cirugía ambulatoria.(11,15)

En la ciudad de Valencia fue creado el INSTITUTO DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS como una necesidad de brindar a los residentes de dicha ciudad atención quirúrgica ambulatoria de alta calidad con gran seguridad intra y pos-operatoria. De esta manera se puede atender a un elevado número de intervenciones quirúrgicas que no pueden ni deben ser realizadas en un consultorio médico, pero cuya magnitud no justifica una hospitalización prolongada, sino un breve período de observación supervisada. Sobre esta base fue creada la unidad de cirugía ambulatoria en la cual se llevan a cabo intervenciones de cirugía laparoscópica incorporando tecnología moderna en la que un equipo de especialistas tiene la experiencia necesaria y sus resultados han sido altamente satisfactorios.

En Salamanca en 1,992 fue creada la Unidad de Cirugía Ambulatoria, la cual ofrece todos los medios necesarios, personal médico y paramédico altamente calificado para realizar procedimientos quirúrgicos electivos con cirugía ambulatoria bajo cualquier tipo de anestesia. (6)

### 3.- Cirugía Ambulatoria en Guatemala

#### a. Antecedentes:

En Guatemala en 1,985 el Dr. Juan De Dios Maldonado presentó el trabajo de Cirugía Ambulatoria para tratamiento de hernias realizado en Hospital Militar.

En 1,989 en el Hospital Nacional de Escuintla se trabajó con un programa de cirugía ambulatoria, el cual se mantuvo en funciones por un periodo de 18 meses.

En 1,986 en el Hospital Roosevelt se inicio con 117 pacientes procedimientos operatorios dentales iniciando así el Programa de Cirugía Ambulatoria, con el cual en 1,991 ya se efectuaban procedimientos en el Departamento de Cirugía Pediátrica, el cual fue un proyecto ejecutado por los Doctores: Sandra Flores, Javier Bolaños y Rodrigo Zepeda, teniendo como objetivos principales disminuir los gastos y aumentar la cobertura de consultas para procedimientos quirúrgicos electivos. (13)

En el año de 1,989 siendo el Dr. León Arango Director General de Servicios Hospitalarios, por orden del Dr. Eusebio del Cid Peralta Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, se efectuó revisión de las donaciones para Guatemala, encontrándose una solicitud a Japón de equipo pequeño hospitalario. Se realizó la solicitud global para equipar varios hospitales. Se trabajó conjuntamente Ministerio de Salud y Personal del Hospital Roosevelt. Se inició la gestión en base a los programas CIRUGÍA AMBULATORIA del departamento de pediatría del Hospital Roosevelt y del HOSPITAL DE DIA, presentando la solicitud a la Embajada de Japón con el visto bueno del Dr. Rodolfo McDonald.

En julio de 1,992, fue creado el PROYECTO PARA LA CREACION DEL HOSPITAL DE DIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA, bajo la dirección del Dr. Gerardo Cabrera Meza, director del Hospital Roosevelt en esa fecha.

En enero de 1,993, se elabora el documento CHEQUEO DE SITIO PARA PROYECTO DE EQUIPAMIENTO DE HOSPITALES, el cual contenía el siguiente cronograma de trabajo: listado de equipo solicitado, programa de traslado de equipo, reportaje de inspección, etc.

Se realiza visita a la República de Japón , para presentar el listado del equipo juntamente con catálogo de los mismos.

Se elaboró un plano por el Licenciado Luis Medrado, para la remodelación del área en el Hospital Roosevelt para la ubicación del HOSPITAL DE DIA en donde se instaló el equipo donado. En los meses de diciembre de 1,994 y enero de 1,995 se recibió en el departamento de Control de Propiedad del Hospital Roosevelt el equipo donado por República de Japón.

A partir de ese momento se inicia la ubicación del equipo en lugares específicos dentro del área del Hospital de Día, el cual esta ubicado en la segunda ala occidente del segundo nivel del edificio central del Hospital Roosevelt.

El 26 de enero de 1,995 se inaugura en el Salón José Fajardo del Hospital Roosevelt, el HOSPITAL DE DIA, abriendo sus puertas al público el 20 de febrero del mismo año, realizando como primer procedimiento una colecistectomía realizada por el Dr. Omar Búcaro iniciando de esta manera las actividades del Hospital de Día. Una semana después de iniciadas las actividades en hospital de día se comienza a trabajar con el programa de cirugía ambulatoria realizando la primera herniorrafia el doctor Juan De Dios Maldonado.

Los pacientes que son atendidos, otorgan un donativo representativo por cada intervención el cual es una recuperación parcial del costo el cual es cubierto en un 20 a 40 % de su valor real. (15, 22)

Guatemala es ahora una de los países que cuenta con un programa de CIRUGÍA AMBULATORIA, y con equipo de alta tecnología médica a nivel estatal para beneficio de la población más afectada por la actual crisis socioeconómica.

#### b. Objetivos

La creación de está unidad contempla dentro de sus objetivos, disminuir los costos hospitalarios prescindiendo del encamamiento, aumentar la cobertura para procedimientos quirúrgicos electivos, brindar una rápida y segura recuperación sin mermar la calidad del tratamiento.(11, 22)

### c. Selección del paciente

Cuando se presentó el primer informe por el Comité para el Cuidado Preventivo y curativo, se acordó: que para que todo programa de cirugía ambulatoria funcionara era necesario cumplir con dos requisitos, los cuales son médicos y sociales de acuerdo a cada país. (15, 17, 20)

#### i.- Médicos:

- diagnóstico preciso de la entidad quirúrgica del paciente
- contar con laboratorios de rutina, hematología, química, glicemia, heces, orina. pacientes
- mayores de 45 años evaluación cardiopulmonar.
- no incluir pacientes con enfermedades sobreagregadas descompensadas.

#### ii.- Sociales:

- paciente debe tener fácil acceso al hospital
- Debe contar con servicios básicos mínimos en su casa
- Familia que este dispuesta a colaborar con todas las instrucciones dadas para el post-operatorio desde el momento de su egreso.
- contar con una habitación en la cual estará aislado del resto de la familia durante el post-operatorio.

### d. Evaluación pre-operatoria

De acuerdo al criterio del cirujano que selecciona a los pacientes idóneos para cirugía ambulatoria, tienen una visita previa con el médico anestesiólogo con el objeto de minimizar las cancelaciones operatorias por mala preparación del paciente por falta de asesoría médica, de esta manera también se disminuye la ansiedad que causa la espera de un procedimiento de este tipo.

Los datos de laboratorio requeridos dependen de factores como la edad del paciente, estado de salud y antecedentes médicos. Para pacientes intervenidos con cirugía ambulatoria menores de 40 años, se requiere una hematología, química y glicemia. Pacientes mayores de 45 años hacer evaluación cardiopulmonar y determinar el riesgo quirúrgico. Pacientes con enfermedades sobreagregadas deben realizar exámenes de laboratorio adicionales.

Los tipos de anestesia a utilizar en procedimientos que se realizan con cirugía ambulatoria son: General, raquídea, epidural y local.(17)

### e. Ingreso a Hospital de Día:

El paciente es traído al hospital a las seis de la mañana del día en que se programa la cirugía, es ingresado y preparado por personal de enfermería, y llevado a sala de operaciones al ser solicitado por el cirujano que hará el procedimiento y es evaluado nuevamente por anestesiólogo iniciando así el procedimiento si no hay contraindicación.

### f. Recuperación:

Terminado el procedimiento el paciente es llevado a recuperación, en donde permanece bajo el cuidado de personal de enfermería por un periodo de 6 a 8 horas post-operatorias, siendo evaluado por médico de anestesia y cirugía previo a su egreso a las 15:00 horas.

h. instrucciones post-operatorias de egreso

Todo paciente al egresar puede presentar algunas molestias post-operatorias como: náuseas, vómitos y dolor por lo que se sugieren las siguientes indicaciones:

i) Alimentos:

EL DIA DE LA OPERACIÓN, si tiene sed, puede tomar liquidos en pequeñas cantidades. No es necesario que coma alimentos.

A PARTIR DEL DIA SIGUIENTE, comenzar a normalizar la dieta evitando alimentos muy condimentados o con exceso de grasa.

ii) Actividad:

EL DIA DE LA OPERACIÓN, reposo, puede levantarse al baño.

A PARTIR DEL DIA SIGUIENTE, permanecer el menor tiempo posible acostado. Puede caminar y hacer actividades que no impliquen mucho esfuerzo.

iii) Medicamentos:

SI TIENE NAUSEAS, suspender los líquidos, alimentos y medicamentos por 6 horas y tomar metoclopramida 10 mgs ( 1 tableta ) cada 6 horas.

SI TIENE DOLOR, puede tomar diclofenac 50 mgs ( 1 tableta ) cada 8 horas.

Si el dolor es muy fuerte puede inyectarse 75 mgs de diclofenaco ( 1 ampolla ) cada 8 horas IM.

Iv). Cuidado de las heridas:

Debe destapar las heridas al día siguiente de la operación y lavarlas con agua y jabón. No utilizar ninguna crema o polvos si no esta indicado por el médico.

v) Emergencia:

Si presenta alguna emergencia o persiste con mucho dolor acudir a Emergencia del Hospital Roosevelt para evaluación, o llamar al teléfono de Hospital de Día.

## VI. MATERIAL Y METODOS.

### A) METODOLOGIA.

1. Tipo de Estudio: retrospectivo descriptivo.
2. Sujeto de Estudio: pacientes operados con cirugía ambulatoria en Hospital de Día del Hospital Roosevelt.
3. Tamaño de la Muestra: todo paciente tratado con cirugía ambulatoria, que cumpla con los criterios de inclusión, con un universo de 627 pacientes
4. Criterios de Inclusión y Exclusión:
  - a) Criterios de Inclusión
    - i. pacientes de ambos sexos
    - ii. edad mayores de 13 años
    - iii. pacientes que consultaron a partir de enero de 1997 a diciembre de 1999
  - b) Criterios de Exclusión
    - i. edad menor de 13 años
    - ii. pacientes que no llenen correctamente la boleta
    - iii. pacientes que no acudan a su cita.
5. Recolección de Datos: se llevó a cabo a través de una boleta diseñada para este estudio.

## 6. Variables de Estudio

<u>VARIABLES</u>	<u>Definición Conceptual</u>	<u>Definición Operacional</u>	<u>Escala de medición</u>	<u>Unidad de medida</u>
Evolución Post-op.	Tolerancia del paciente al procedimiento realizado.	Pacientes tratados con algún tipo de cirugía ambulatoria	Cualitativa	Buena Mala
Edad	periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento	Tiempo que ha vivido una persona al momento de consultar	Cuantitativa	Años
Sexo	Características sexuales que diferencian a un hombre de una mujer	Sexo del paciente	Cualitativa	Masculino femenino
Medicación	fármaco o sustancia que se utiliza como medicina, para tratar alteración de la salud	Medicamento prescrito	Cualitativa	si / no

Procedimiento Quirúrgico	corrección de entidades morbosas a través de técnicas operatorias bajo algún tipo de anestesia	Tratamiento quirúrgico efectuado	Cualitativa	Tipo de cirugía
Complicaciones Post-operatorias	Lesiones o secuelas posteriores al tratamiento quirúrgico	Presento: náusea vómitos dolor fiebre infección dehiscencia de herida operatoria	Cualitativa	A,B,C D,E.F G.
Condición de Egreso	Salida del hospital	Estado del paciente a su salida del hospital	Cualitativa	Sano mejorado no egreso
Indicaciones De egreso	evaluación de signos y síntomas que indican que el paciente es apto para salir del hospital.		Cuantitativa	

## 7. Ejecución de la Investigación:

i. previa autorización de la Dirección Médica del Hospital Roosevelt, se procedió a revisar los libros de registro de procedimientos de sala de operaciones de Hospital Día de los cuales se obtuvo el número de registro, y procedimiento realizado a los pacientes seleccionados, comprendidos dentro del periodo de estudio.

ii. se solicitó en el departamento de archivo los expedientes médicos seleccionados, de acuerdo a registro clínico.

iii. Se inicio la recopilación, tabulación y análisis de datos a través de la boleta diseñada exclusivamente para este trabajo.

## B) RECURSOS.

### 1. Humanos

- Asesor
- Revisor
- Investigadora
- Médicos Cirujanos
- Médicos Anestesiólogos
- Enfermeras.

### 2. Físicos

- Hospital de Día Hospital Roosevelt
- Boletas de recolección de datos
- Computadora
- Impresora
- Archivo
- Biblioteca

CUADRO No. 1

Distribución según edad y sexo de pacientes atendidos en el programa de Cirugía Ambulatoria durante el período del 01 de enero de 1,997 al 31 de diciembre de 1,999, en el Hospital de Día Hospital Roosevelt.

EDAD EN AÑOS	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		F	%
	F	%	F	%		
13-19	19	3	48	7	67	10.6
20-29	57	9	83	13	140	22
30-39	70	11	88	14	158	25
40-49	57	8.7	60	9	117	18
50-59	36	5.7	45	7	81	13
60-69	25	4.5	24	4	49	9
70 - +	7	1.5	8	1.2	15	23
TOTAL	271	43.8	356	56.2	627	100

FUENTE:

Departamento de Registro y Estadística del Hospital Roosevelt.

A partir del 01 de enero de 1,997 al 31 de diciembre de 1,999, se realizaron un total de 627 procedimientos quirúrgicos de tipo ambulatorio en el Hospital de Día del Hospital Roosevelt, observando que el rango de edad y el sexo de estos pacientes es como lo describe la literatura revisada siendo más afectado el sexo femenino con 56.2%; entre la segunda y cuarta década de la vida correspondiendo un 27% a este grupo de edad.

CUADRO No. 2

### CUADRO No. 3

Complicaciones Post-Operatorias más frecuentes referidas por pacientes atendidos en el Programa de Cirugía Ambulatoria en el período del 01 de enero de 1,997 al 31 de diciembre de 1,999. Hospital de Día/ Hospital Roosevelt.

COMPLICACION	F	%
Náusea	30	4.8
Vómitos	17	2.7
Dolor	509	81
Fiebre	21	3.3
Infección	13	2.12
Dehisencia Hx. Op.	0	0
Estreñimiento	37	6
n=	627	100

FUENTE:

Departamento de Registro del Hospital Roosevelt.

Dolor, náusea, vómito:

Leve: Resuelve sin medicamento.

Moderado: Resuelve con medicamento.

Severa: No resuelve.

En este cuadro se observa que la complicación más frecuente referida por los pacientes fue el dolor de leve a moderada intensidad en 81% siendo esta secundaria al tratamiento quirúrgico y que debe resolver en las primeras 24 horas Post-Operatorias. Se encontro un total de 34 pacientes que presentaron 3 complicaciones simultaneas (dolor, fiebre, infección) con 5%, y 23 pacientes con 2 complicaciones (dolor y náusea) con 3.6%. Todas ellas secundarias a la manipulación y presión ejercida en el trans-operatorio además de la anestesia.

Procedimiento quirúrgico realizado a pacientes atendidos en el Hospital de Día del Hospital Roosevelt, durante el período del 01 de enero de 1,997 al 31 de diciembre de 1,999.

PROCEDIMIENTO	F	%
Colecistectomía	248	40
Hernioplastía	140	22
Proctología	90	14
Safenectomía	65	10
Resección Quiste Sinov. Lipomas	35	6
Amigdalectomía	31	5
Videolapa Dx.	18	3
TOTAL	627	100

FUENTE:

Libro de Registro de Sala de Operaciones de Hospital de Día/ Hospital Roosevelt.

El procedimiento quirúrgico, realizado con mayor frecuencia fue la colecistectomía. Videolaparoscópica con un 40% de todos los procedimientos realizados en este programa, siguiendo en orden de frecuencia la hernioplastía con 22% ya que como recomienda la literatura revisada, actualmente se puede tratar ambulatoriamente toda patología de pared abdominal principalmente el tratamiento de la hernia inguinal.

Los procedimientos de proctología (hemorroidectomía, fistulotomía y exploración rectal) en el 14% siendo entidades que se adaptan al tratamiento en unidades de cirugía ambulatoria.

La safenectomía representó el 10% de los procedimientos realizados mayormente en el sexo femenino. El 6% corresponde a la resección de quistes sinovial y lipomas siendo un procedimiento con mínimas o ninguna complicación. La amigdalectomía alcanzó únicamente el 5% ya que en su mayoría se realizó a pacientes pediátricos.

CUADRO No. 4

Medicamento más utilizado en el período post-operatorio en pacientes atendidos en el Programa de Cirugía Ambulatoria en el período del 01 de enero de 1,997 al 31 de diciembre de 1,999 Hospital de Día, Hospital Roosevelt.

MEDICAMENTOS	F	%
Analgésico	582	92.8
Antihemético	17	2.7
Antibiótico	28	4.4
Otras	0	0
n=	627	100

FUENTE:

Departamento de Registro del Hospital Roosevelt.

Los medicamentos más usados para resolver complicaciones post-operatorias fueron los analgésicos, observando el 92.8% esto debido al uso profiláctico que se hace de los analgésicos prescritos a todo paciente egresado del Hospital de Día durante las primeras 48 horas post-operatorias.

El uso de antibióticos representa el 4.4% de los medicamentos usados, en su mayoría son prescritos como medida profiláctica a pacientes de proctología quienes presentan riesgo de complicaciones sépticas después de exploración o ligadura.

### CUADRO No. 5

Indicaciones de egreso de pacientes atendidos en el Programa de Cirugía Ambulatoria en el período del 01 de enero de 1,997 al 31 de diciembre de 1,999. En Hospital de Día, Hospital Roosevelt.

INDICACIONES EGRESO	F	%
Listo para egresar	602	96
Continúa en Observación	24	3.8
Ingresar a Paciente	1	0.2
TOTAL	627	100

\* Listo para egresar

08 - 10 punto

\* Continúa en observación

06 - 07 puntos

\* Ingresar a paciente

menos de 6 puntos

FUENTE:

Departamento de Registro del Hospital Roosevelt.

Para las indicaciones de egreso se tomo como parámetros signos vitales, estado mental, sintomatología, sangrado quirúrgico y tolerancia a los que se les otorgo una puntuación de 0 a 2, la sumatoria de éstos indicó la conducta a seguir (ver anexo).

En el cuadro observamos que el 96% de estos pacientes tuvo una puntuación entre 8 y 10 puntos indicando que el paciente era apto para egresar en las primeras 8 horas post-operatorias. Pacientes que obtuvieron una puntuación entre 6 y 7 puntos continuaron en observación ya que presentaron más de una indicación con 0 puntos correspondiendo éstos al 3.8%. El único paciente ingresado correspondió a una apendicectomía en la cual la evolución de éste fue mala presentando diaforesis confusión y dolor severo haciendo el 0.2%.

### CUADRO No. 6

Evolución post-operatoria de pacientes atendidos en el Programa de Cirugía Ambulatoria en el período del 01 de enero de 1,997 al 31 de diciembre de 1,999 Hospital de Día, Hospital Roosevelt.

EVOLUCION	F	%
Buena	626	99.8
Mala	1	0.2
TOTAL	627	100

Evolución: tolerancia del paciente al procedimiento que se le realizó.

Buena: sin complicaciones, o mínimas las cuáles no alteran la cicatrización de la heridas

ni el restablecimiento general del paciente.

Mala: Cuando hay complicaciones que pueden intervenir en la pronta recuperación del paciente o comprometer su vida.

FUENTE:

Departamento de Registro del Hospital Roosevelt.

En este cuadro observamos que en el 99.8% de pacientes egresados tuvo buena evolución y quienes dentro de la primera semana post-operatoria ya no referían molestias lo cual refleja la importancia que tiene el seleccionar pacientes idóneos, evitando así complicaciones en el trans y en el post-operatorio que pueden provocar enfermedades sobreañegadas sin tratamiento.

El 0.2% corresponde al único paciente quien fue ingresado por mala evolución presentando hipotensión, dolor severo y mal estado general.

### CUADRO No. 7

Condición de egreso de pacientes atendidos en el Programa de Cirugía Ambulatoria en el período del 01 de enero de 1,997 al 31 de diciembre de 1,999 Hospital de Día, Hospital Roosevelt.

CONDICIONES DE EGRESO	F	%
Sano	114	17.8
Mejorado	512	82
No egreso	1	0.2
TOTAL	627	100

Sano: paciente quien resolvió la entidad quirúrgica que motivó el ingreso y egreso en buena condición.

Mejorado: Paciente quien resolvió la entidad que motivó el ingreso pero secundario a ello presentó algún tipo de complicación que resolvió con medicamento al egresar.

No egreso: paciente que presento algún tipo de complicación que comprometiera su vida por la cual no egreso.

FUENTE:

Departamento de Registro del Hospital Roosevelt.

El presente cuadro muestra que en su mayoría la condición de egreso mejorado es de 82% correspondiendo estos pacientes a colecistectomía videolaparoscópica, hernioplastía y proctología. La condición de sano fue para los pacientes a quienes se les realizó safenectomía, resección de quiste sinovial y lipomas resolviendo totalmente sus dolencias con 17.8%. Sólo el 0.2% no egreso por mala evolución correspondiendo a una apendicectomía.

## VIII. CONCLUSIONES

En los pacientes operados con el Programa de Cirugía Ambulatoria en el Hospital de Día del Hospital Roosevelt el sexo predominante es femenino en una relación de 1.3:1 sobre el sexo masculino. La mayoría se encuentran entre la tercera y cuarta década de la vida.

La colecistectomía videolaparoscópica fue el procedimiento quirúrgico realizado con mayor frecuencia principalmente en pacientes de sexo femenino lo cual concuerda con lo que describe la literatura. (19)

La complicación post-operatoria que se registro con mayor frecuencia fue el dolor, el cual para el presente estudio se clasificó como leve, moderado y severo ya que hasta cierto punto todo paciente intervenido quirúrgicamente puede presentar dolor como una consecuencia de la manipulación y presión ejercida durante el procedimiento en las primeras 48 horas. En el presente estudio el dolor constituyó una complicación sin que la misma evitara el egreso temprano de pacientes.

De los medicamentos utilizados con mayor frecuencia por los pacientes para resolver complicaciones están los analgésicos ya que los mismos se indican como regla general a todo paciente post-operado que egresa de Hospital de Día.

En el presente estudio el porcentaje de infección es significativamente, bajo tal y como lo describe la literatura revisada, el índice de infección es relativamente bajo si el paciente ingresa sólo unas cuantas horas antes de la operación y la estancia post-operatoria es menor de 36 horas. (8)

Los resultados muestran una atención quirúrgica ambulatoria de calidad con gran seguridad post-operatoria intra y extrahospitalaria gracias a las nuevas técnicas de anestesia y cirugía de invasión mínima, las que permiten el alta temprana del paciente.

7. El 99.8 % de pacientes tratados con el Programa de Cirugía Ambulatoria curso con buena Evolución post-operatoria, lo que pone de manifiesto la utilidad y conveniencia de este tipo de unidades de Cirugía Ambulatoria, como el Hospital de Día; y basado en la literatura consultada este tipo de unidades puede ser una alternativa hospitalaria y asistencial.

## IX. RECOMENDACIONES

A las autoridades de la salud, apoyar e impulsar el desarrollo y promoción de este tipo de programas de cirugía ambulatoria, que son una alternativa de atención dentro de la actual crisis de servicios de salud.

Llevar un registro exclusivo de pacientes que fueron tratados en el Programa de Cirugía Ambulatoria y que consultaron a emergencia del Hospital Roosevelt por complicaciones post-operatorias y que hayan necesitado ser ingresados para resolver las complicaciones, ya que a estos pacientes en las indicaciones de egreso se les ha de saber que pueden consultar a dicha emergencia y aun así no se encontró ningún paciente que consultara.

## X. RESUMEN

Estudio retrospectivo – descriptivo, durante el periodo del 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1999 en el Hospital de Día del Hospital Roosevelt. Con el objetivo de determinar la evolución post-operatoria de los pacientes tratados en el Programa de Cirugía Ambulatoria utilizando para ello los expedientes clínicos de los citados pacientes siendo en total 627 pacientes.

Dentro de los resultados más importantes se encuentra que el sexo femenino ha recibido mayor tratamiento con este tipo de cirugía en un 56.2 %, siendo el grupo de edad (para ambos sexos) mayormente atendido el comprendido entre los 30 – 39 años.

La colecistectomía videolaparoscópica fue el procedimiento mayormente realizado en el 40 % del total de procedimientos. Para este estudio el dolor secundario al procedimiento se considero una complicación ya que los pacientes egresaron tempranamente del hospital y este síntoma de acuerdo a su intensidad podría requerir atención médica en determinado momento, siendo el dolor leve con 81 % el que más refirieron los pacientes. El 99.8 % de pacientes cursaron con buena evolución, mismos que en la primera semana post-operatoria ya no referían complicaciones.

la condición de egreso de los pacientes se considero mejorado en el 82 % de los casos relacionados con los procedimientos de colecistectomía, hernioplastia, amigdalectomía, y proctología quienes si resolvieron el problema que motivo el ingreso para su tratamiento pero que por el tipo del mismo al momento de ser egresados se encontraban más quejumbrosos, no así los pacientes a quienes se les practicó safenectomía, resección de quiste sinovial y lipomas, en quienes la condición de egreso se catalogo de sano (17.8 %) resolviendo su enfermedad y con mínimos o ningún síntoma al momento de egresar. El 0.2 % no egreso debido a que este paciente al momento del alta presento hemorragia, hipotensión y desorientación.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Aguilar J.E, Nari G, Oliva F. Tratamiento de la hernia inguinal con cirugía ambulatoria. 46° Congreso Uruguayo de Cirugía Punta del Este, Uruguay 1995
- 2.- Burns, L. Ambulatory Surgery. Developing and Managis Succesful Programs. Aspen Publication E.E.U.U. 1984.
- 3.- Buttery Y, et al: Patients' views one week after day surgery with general anesthesia. Journal of One Day Surgery 1993; 3: 6-8.
- 4.- Chávez, et al: Cirugía sin bisturí. Revista Médica Chilena (119) 3: 102-103. Valparaiso 1991
- 5.- Condom, Robert E. Lloyd M. Nyhus. Manual de Terapéutica Quirúrgica. 4ta ed. Barcelona, Salvat. 1991. Pag. 107.
- 6.- Fitzpatrick R. Surveys of patients' satisfaction. I. Importan general consideration BMJ 1991; 302: 887-9.
- 7.- Gray, Charlote. Same day surgery. British Journal of Surgery. Chatelaine September 1991.
- 8.- G. Ghosh,et al.: Patient satisfaction and postoperative demans on hospital and community services after day surgery. British Journal of Surgery. 1,994, 81, 1635-1638.
- 9.- Hardy, James D. Texbook of surgery 15 ed. México Interamericana. 1977. Pag. 1115-1120.
- 10.- Instituto de Especialidades Quirúrgicas. Una razón de existir. Valencia, Edo. Carabobo. Enero 1,999. [http: / ieq. Com. Ve / Unarazan. htm.](http://ieq.com.ve/Unarazan.htm)
- 11.- King, B. Patient satisfaction Survey: Day Surgery Unit. Aust Clin Rev 1989; 9: 127-9.
- 12.- Lichsteintein, Il: Immediate ambulation and return to work following hemiorrha phy. Industrial medicine and surgery. 1993
- 13.- Mosby. Diccionario de Medicina. Grupo editorial Oceano, Barcelona 1,994.

- 14.- O'connor SJ, Gibber RW, West P. Patient satisfaction with day surgery. Aust. Clin Rev. 1991; 11: 143-9.
- 15.- Protocolo de Cirugía Ambulatoria. Hospital de Día, Hospital Roosevelt, Guatemala 1994.
- 16.- Report on the First European Congress of Ambulatory Surgery, Brussels 1991. Journal of One Day Surgery 1991; 1: 8-11.
- 17.- Roberts, P. Estudios preoperatorios de rutina. Clínicas Quirúrgicas de Norte América. Editorial Interamericana, Vol. III, 1994
- 18.- Roussell, Paul. Cuidados Ambulatorios en el Paciente. Organización Mundial de la Salud. P 123 – 136 1,962.
- 19.- Sabiston, D.C. En su: tratado de patología quirúrgica. 14 ed. México Interamericana 1995. t1. Pag. 1-24.
- 20.- Sanabria, Rey. Cirugía Ambulatoria. Centro Hospitalario San Juan de Dios Bogotá, Colombia 1978.
- 21.- Schwartz S.I. et-al. Principios de Cirugía. 6a ed. México, Interamericana 1995. t1. Pag. 42-45.
- 22.- Semblanza del Hospital de Día, Hospital Roosevelt, 1989, P 2.
- 23.- Traverso, W. Tecnología y Cirugía. Clínicas Quirúrgicas de Norte América. Editorial Interamericana, Vol. I, 1996.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.  
HOSPITAL DE DIA / PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA  
HOSPITAL ROOSEVELT  
MARIA DEL ROSARIO ESCOBAR PEREZ.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Historia clínica No. \_\_\_\_\_

1.- Edad: \_\_\_\_\_ años.

2.- Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

3.- Procedimiento quirúrgico realizado:

---

4.- Complicaciones postoperatorias Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿ Cuáles ?

- A. Náusea \_\_\_\_\_
- B. Vómitos \_\_\_\_\_
- C. Dolor \_\_\_\_\_
- D. Fiebre \_\_\_\_\_
- E. Infección \_\_\_\_\_
- F. dehiscencia de herida operatoria \_\_\_\_\_
- G. otras \_\_\_\_\_

5.- Uso algún medicamento de los que se mencionan aquí para resolver complicaciones

- A. analgésicos
- B. antieméticos
- C. antibióticos
- D. otros (especifique)

6.- Indicaciones de egreso

7.- Cómo fue la evolución post-operatoria

Buena \_\_\_\_\_

Mala \_\_\_\_\_

8.- En que condiciones egreso el paciente

Sano \_\_\_\_\_

Mejorado \_\_\_\_\_

No egreso \_\_\_\_\_

La náusea y vómitos representa el 4.8% y 2.7% respectivamente, siendo muy frecuente en la reparación de hernias, con manipulación de las estructuras del cordón o el peritoneo que producen esta complicación. Para infección se observa un 2.1% el cual es un porcentaje bajo que indica la menor incidencia de esta complicación en pacientes en quienes se disminuye la estancia pre y post-operatoria como lo indica la literatura consultada.

a. Signos Vitales	
P/A diastólica entre 50 y 100 mmHg	2 puntos
P/A diastólica por arriba de 100 mmHg	1 “
P/A diastólica por debajo de 50 mmHg	0 “
b. Estado Mental, Ambulación	
Orientado, marcha estable	2 puntos
Orientado, marcha con asistencia	1 “
No orientado, mareado	0 “
c. Dolor, náuseas o vómitos	
Mínimo	2 puntos
Moderado	1 “
Severo	0 “
d. Sangrado Quirúrgico	
Mínimo	2 puntos
Moderado	1 “
Severo	0 “
e. Tolerancia y evacuación	
Tolera líquidos orales y evacua	2 puntos
Tolera líquidos orales o evacua	1 “
Ninguno	0 “

**TOTAL DEL PUNTAJE:**

De 8 a 10 puntos = Listo para egresar

De 6 a 7 puntos = Continúa en observación

Menor de 6 puntos = ingresar a paciente