

Cirugía mayor ambulatoria ginecológica en el Hospital San José de Parral

CRISTIAN NILO VELIZ¹, SEBASTIÁN CABEZAS¹,
SERGIO FIERRO², CATALINA GUTIÉRREZ², CONSTANZA MUÑOZ²,
KATHERINE MUÑOZ², LORETO CASTILLO³.

Major outpatient gynecological surgery at the San Jose de Parral Hospital

Abstract

Objective: Evaluate initial results of a ambulatory major surgery program in Gynecology.

Material and methods: Retrospective, descriptive study of the period March 2018 to June 2019. The interventions included were: surgical sterilizations via vaginal, minilap and laparoscopic, diagnostic laparoscopy, laparoscopic cyst or anexectomy, hysteroscopy, TOT, vaginal plasty, biopsy curettage, polypectomy, extraction of IUD under anesthesia, labiaplasty, and removal of transobsturator tape.

Quality indicators such as suspension, readmissions and systemic and surgical complications have been analyzed.

Results: 136 patients were operated by CMA of which 43 were laparoscopic (31.6%), 55 patients vaginally (40.4%), 34 hysteroscopy (25%) and 4 patients by minilap (3%) There were 4 minor and late complications (2.9%) that corresponded to operative wound infection in vaginal plasty and nymphoplasty, a dysfunctional TOT tape that had to be removed in a mediated manner and a PIP post surgical sterilization via vaginal route.

Conclusions: Gynecological ambulatory major surgery is feasible to perform in a hospital of medium complexity with a low percentage of minor complications in this study.

Keywords: Gynecology, Ambulatory major surgery.

1. Servicio de Ginecología –Obstetricia: Hospital de Parral.

2. Internos de Medicina Universidad Autónoma de Chile.

3. Enfermera de CMA Hospital de Parral.

Introducción

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un modelo de atención en salud, específico para pacientes quirúrgicos, que en los últimos años

ha alcanzado un importante auge en gran parte del mundo desarrollado.

Actualmente la cirugía mayor ambulatoria (CMA), permite que los pacientes sean intervenidos sin tener que permanecer días hospi-

talizados como hasta hace pocos años.¹ Actualmente el 80% de la cirugía electiva se realiza por CMA, sin comprometer la seguridad del paciente.²

La CMA va de la mano de la cirugía mínimamente invasiva (CMMI) y desde los años 90 se evidencia incremento en este modelo de atención, con mejores técnicas anestésicas y nuevas drogas, que permiten una rápida recuperación cognitiva, menor dolor y mejor recuperación.²

En países desarrollados la CMA se considera de elección para muchas cirugías siendo en Canadá y Estados Unidos un 83%, en Dinamarca, Australia y Países Bajos entre el 65 al 79% y 58% en España.²

Actualmente, los procedimientos de cirugía mayor ambulatoria (CMA) permiten que el paciente no esté en el hospital más de unas horas. Esta modalidad quirúrgica ha demostrado similar seguridad y efectividad que la cirugía convencional. De esta manera, se obtiene un aumento del bienestar del paciente, con una disminución del coste por proceso al acortar la estancia hospitalaria, con unas complicaciones derivadas de esta actitud prácticamente despreciables.

Aunque se cumpla con los requerimientos óptimos para realizar procedimientos en CMA, existe un pequeño porcentaje de complicaciones que pueden surgir en el tiempo de post operatorio, pero aun así la mortalidad es prácticamente nula y el índice de complicaciones muy bajo, considerando que estas complicaciones son la mayoría del tiempo leves y tiene un corto tiempo de recuperación para los pacientes.

Material y Métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en el Hospital Público San José de Parral, de mediana complejidad, dentro de la red del Servicio de Salud del Maule.

Se revisó la estadística de abellón de las pa-

cientes ginecológicas que fueron operadas a través de la Unidad de CMA de nuestro hospital, en el periodo comprendido entre el 1/03/2018 a junio del 2019 con un total de 136 pacientes intervenidas.

Se revisa fichas clínicas obtenidas desde SOME de nuestro hospital, considerando el tipo de cirugía (laparoscópica, vaginal, minilap), histeroscopia, complicaciones, peroperatorias y tardías, suspensiones, necesidad de hospitalización, reintervenciones, tipo de anestesia: general, espinal o sedación.

Las cirugías laparoscópicas se realizaron con torre Laparoscópica Storz y Striker, usando pinza robi bipolar y tijeras.

Para las histeroscopias se utiliza histeroscopio de 2.9mm Optik.

Los criterios de inclusión en la unidad de CMA se obtienen del “manual de CMA 2019” vigente a la fecha y se describen en la tabla 1 A, 1B y 1C.

Las variables estudiadas fueron la vía quirúrgica, distribución del tipo de cirugía laparoscópica y vaginal, tasa de suspensiones, tasa de complicaciones y tasa de reingresos.

La tasa de suspensiones corresponde a las intervenciones no realizadas el día de la cita, bien sea por causas institucionales (error de programación, falta de instrumental, preparación incorrecta, falta de tiempo), causas atribuidas al paciente (rechazo intervención) y causas médicas (incumplimiento de criterios ginecológicos o anestésicos, enfermedad intercurrente).

La tasa de reingresos son los pacientes que, tras el alta hospitalaria, ingresan en el hospital por alguna complicación mayor o menor.

Las complicaciones mayores se pueden definir como la respuesta adversa con potencial para provocar un daño grave, las cuales no se evidenciaron en nuestro estudio.

Las complicaciones menores se pueden definir como las respuestas adversas con mínimo potencial para producir un daño grave, dentro de ellas solo evidenciamos 4 durante el perio-

do de observación (Tabla 6).

Las complicaciones se evidenciaron en controles en el Policlínico de Ginecología 7 días posteriores al alta.

Para las altas médicas se utilizaron los criterios del “manual de CMA 2019” vigente a la fecha (Tabla 2).

Resultados

En el período de estudio se realizaron 43 laparoscopías ambulatorias (31.6%), 55 cirugías vía vaginal (55%), 34 histeroscopías (25%) y 4 cirugías por minilap(3%) (Tabla 3).

Distribución del tipo de cirugía laparoscópica y vaginal se muestran en las tablas 4 y 5.

Se presentaron 4 complicaciones mediatas descritas en la tabla 5, que representan el 2.9%. De estas complicaciones también podemos inferir la tasa de reingresos ya que toda esta población necesitó una nueva intervención quirúrgica.

En el periodo de estudio hubo 4 pacientes que no se presentaron y una que se suspendió por no contar con el equipo quirúrgico completo, dándonos una tasa de suspensión del 2.9%.

Discusión

El procedimiento de CMA es uno de esos raros fenómenos de los que todos los participantes se benefician, en el sentido de que la sociedad demanda y se interesa por estos procedimientos, los cirujanos y los pacientes se sienten satisfechos de los resultados y los gestores sanitarios alientan y promocionan la creación de estas unidades.

La CMA está adquiriendo en todos los sistemas nacionales e internacionales de salud un gran auge en las últimas décadas, no solo debido a los avances médicos sino también por la disminución de los costes que esta representa.

Las esterilizaciones vía laparoscópicas y vía vaginal son las técnicas que mayoritariamente se realizaron en la CMA y cumplen criterios de inclusión en ésta al tratarse de cirugías míni-

mamente invasivas, con baja tasa de complicaciones locales y sistémicas, y pocas contraindicaciones anestésicas.³ Para obtener resultados satisfactorios en estas unidades es importante contar con un circuito bien estructurado, un programa de atención que sea normado en cuanto a la selección adecuada de pacientes, con el propósito de mantener la seguridad y calidad de atención.

Las técnicas quirúrgicas ginecológicas, realizadas en programas de CMA, han ido cambiando a lo largo del tiempo, tanto por motivos de organización como por la incorporación de nuevas tecnologías, pudiendo ser llevadas a cabo en Hospitales de mediana complejidad, como lo es el Hospital San José de Parral.

Nuestra tasa de reingresos y de complicaciones es del 2.9%, considerando el total de la población de este estudio, se trata de un valor bajo, pese a que por definición supera los valores normales.

Debemos considerar además que el tipo de complicaciones evidenciadas durante nuestro estudio son de fácil resolución y de baja estadía hospitalaria, además de que ninguna de ellas fue una complicación grave, por lo cual no hubo exposición de los pacientes a situaciones de gravedad vital.

Finalmente, la evidencia actual y la experiencia en la práctica de estos procedimientos indican que la CMA es un campo que seguirá en expansión, resolverá gran parte de las demandas quirúrgicas de nuestra población, brindando eficiencia, calidad y seguridad. En el marco de la Pandemia actual (COVID-19) se ha dejado de realizar cirugías electivas, lo que necesariamente aumentará el volumen de las listas de espera. Creemos que la CMA es un aporte para resolver esta problemática con eficiencia y seguridad.

Conclusiones

La intervención quirúrgica convencional lleva consigo un periodo ineludible de mediana o larga estadía hospitalaria. Actualmente se

cuenta con un modelo de atención en salud denominado “cirugía mayor ambulatoria” específico para pacientes quirúrgicos, que en los últimos años ha alcanzado un importante desarrollo tanto a nivel nacional como internacional, abarcando diversas áreas quirúrgicas. Actualmente la realidad epidemiológica de la población chilena ha traído como consecuencia un aumento en las listas de espera de resorte quirúrgico, generando un aumento en los costos de atención en salud. La cirugía mayor ambulatoria responde a un modelo sanitario, en que los pacientes saltan el paso de requerir una cama para su hospitalización, permitiendo realizar una mayor cantidad de intervenciones, reduciendo las listas de espera y los costos de cada procedimiento, sin desmedro de la calidad del servicio prestado. A esto se suma la contribución del desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y la mejora de técnicas anestésicas, con la incorporación de nuevos fármacos de corta duración.

Si bien, la incidencia de complicaciones relacionadas a estos procedimientos es muy baja, se deben tomar en cuenta otros indicadores clínicos que le son propios como el índice de reingresos, el cual no supera el 2.9% del total de intervenciones. Además, tanto cirugías con ingreso hospitalario como CMA presentan problemas postoperatorios pueden anticiparse preoperatoriamente y eliminarse o minimizarse,⁴ por esto se debe abordar sistemáticamente estos problemas en la evaluación preoperatoria resultando en procedimientos con menos complicaciones y un paciente más satisfecho. Se ha considerado un gran beneficio para las pacientes sometidas a cirugías de forma am-

bulatoria, contribuyendo al control de los costos involucrados, además de la disminución del tiempo de separación de sus familias que implica consecuencias psicológicas importantes.

La CMA ha absorbido un porcentaje importante de nuestra actividad quirúrgica, aunque aún insuficiente de acuerdo a la recomendación internacional.⁵

Por el momento no contamos con información exacta respecto a cuánta CMA se realiza a nivel país, ni cuáles han sido sus resultados, pero tomando como referencia la evolución de nuestro propio centro se hace evidente que existe mucho por avanzar en esta área.

Bibliografía

1. Evolución de la CMA en una Unidad de Ginecología (1991-2004) Vol. 12, N.º 1, pp. 22-26, 2007.
2. Cirugía Mayor Ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. [Rev. MED. CLIN. CONDES - 2017; 28(5) 682-690.
3. Pardo JF, Izquierdo D, Crespo J, Viñoles J, Pellicer A. Catálogo de indicaciones endoscópicas para la cirugía mayor ambulatoria ginecológica. *Cir May Amb.* 2003;8:80-6.12.
4. Mann WJ, Falcone T, Eckler K. Overview of preoperative evaluation and preparation for gynecologic surgery. *UpToDate* Feb 2020. Revisado 02 de julio 2020.
5. Cisterna P, Parodi E, Mora K, Ojeda D. Centro de cirugía mayor ambulatoria: una necesidad impostergable. *Revchilanest* 2018. Vol 47. Núm 1.

Condiciones generales del medio ambiente del paciente
<ul style="list-style-type: none">• Deben tener domicilio con acceso oportuno en distancia y tiempo en relación a establecimiento hospitalario.• Acceso a comunicación telefónica.• Debe existir la presencia en el domicilio de un adulto responsable que se haga cargo del paciente, que esté dispuesto a atenderlo y que cuente con instrucción precisa respecto a los cuidados necesarios.• Aceptación del paciente a CMA

Tabla 1A

Condiciones clínicas del paciente
<ul style="list-style-type: none">• Deben ser pacientes con ASA I y II.• IMC < 35• Todos los pacientes seleccionados deben contar con los siguientes exámenes:<ul style="list-style-type: none">➢ Perfil Hematológico; Grupo-RH; TTPA, TP; Creatinina, BUN; Elp; Ex. Orina.➢ ECG de reposo (mayores de 40 años o portadores de patología cardíaca preexistente).➢ Examen específico de la especialidad si lo requiere.

Tabla 1B

Relacionados con la intervención quirúrgica
<p>El acto quirúrgico debe tener una duración cercana a una hora</p> <p>No debe ser una cirugía que requiera grandes recambios de volúmenes o que presente un gran riesgo de sangrado.</p> <p>En relación al manejo del dolor, deben ser cirugías cuyo dolor postoperatorio sea compatible con el tratamiento ambulatorio y que no requiera de métodos avanzados para su manejo.</p> <p>Las cirugías serán electivas. No se podrán realizar cirugías de urgencia.</p>

Tabla 1C

CRITERIOS DE ALTA DE PACIENTES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA
<ul style="list-style-type: none">• Haber completado un periodo de observación mínimo de <u>6 hrs.</u>• Capacidad de deambulación autónoma.• Ausencia de náuseas y vómitos en las últimas <u>3 hrs.</u>• Tolerancia al régimen.• Presencia de diuresis espontánea• Signos vitales estables durante periodo de observación.• Dolor tratable con analgésicos orales.• Acompañante disponible para movilizarlo hasta su domicilio.• Considerar el Rechazo del paciente al alta.

Tabla 2

Cirugía	N°	%
Laparoscopia	43	31.6
Vaginal	55	40.4
Histeroscopia	34	25
Minilap	4	3
Total	136	100

Tabla 3. Vía de la cirugía realizada

Cirugía	N°	%
Laparoscopia diagnóstica	6	14
Anexectomia-quistectomia	8	18.6
Esterilización laparoscópica	29	67,4
Total	43	100

Tabla 4. Distribución de cirugía laparoscópicas

Tipo de cirugía vaginal	N°	%
Esterilización vaginal	19	34.5
TOT	16	29,1
Legrado	5	9.1
Extracción DIU bajo anestésia	3	5.5
Ninfoplastia	2	3.6
Granuloma vulvar	1	1.8
Extracción malla de tot	1	1.8
Quiste bartholino-vulvar	3	5.5
Plastia vaginal	5	9.1
Total	55	100

Tabla 5

Plastia vaginal	Infección de herida
TOT	Cinta obstructiva
Ninfoplastia	Dehiscencia de puntos
Esterilización vaginal	Proceso inflamatorio pelviano post cirugía

Tabla 6. Complicaciones mediatas