

# INDICE

---

AÑO 1991

NUMERO EXTRAORDINARIO

---

## Relatos oficiales

	Pág.
Cirugía ambulatoria Relator: Dr. Pedro A. Ferraina MAAC FACS.....	1
Adelantos en el diagnóstico y en el tratamiento del cáncer del recto y del ano Relator : Dr. Mario L. Benatti MAAC 63 .....	63
Indice de los Congresos Argentinos de Cirugía	
Temas.....	162
Relatores .....	169

## CIRUGIA AMBULATORIA

RELATOR: *Dr. Pedro A. Ferraina\** MAAC FACS

### PROLOGO

La designación de Relator de un Congreso Argentino de Cirugía, es uno de los honores académicos más importantes que un cirujano argentino puede recibir: debo confesar que cuando la Asociación Argentina de Cirugía me propuso ocuparme de Cirugía Ambulatoria, la primera sensación fue de un gran desafío al tener que desarrollar un tema en el que hasta ese momento sólo me unía un conocimiento bibliográfico y el haber visitado algunos programas de cirugía ambulatoria en hospitales extranjeros. Por ello, al agradecer la distinción y la confianza depositada la asumo como un reconocimiento al Hospital de Clínicas de la ciudad de Buenos Aires, que durante mucho tiempo significó un punto de referencia en la Medicina Argentina y por el hecho de sentirme identificado con la línea de trabajo que desde hace varios años viene desempeñando la Asociación Argentina de Cirugía, luchando para normatizar y defender el ejercicio de nuestra profesión.

Si bien la designación de relator recae sobre una sola persona, habitualmente es la expresión de un grupo de trabajo, que en este caso es particularmente numeroso, ya que en el desarrollo de un programa de cirugía ambulatoria deben intervenir muchas especialidades que cuentan con la posibilidad de implementarla en algunos de sus procedimientos quirúrgicos. Por tal motivo me pareció enriquecedor contar con la colaboración de los Jefes de las Divisiones que constituyen el Departamento de Cirugía del Hospital de Clínicas, donde recientemente iniciamos un pro-

grama de Cirugía Ambulatoria. La experiencia en este relato sobre los distintos procedimientos quirúrgicos, así como las características propias de la cirugía ambulatoria en cada especialidad, ha sido entonces vertida por los distintos especialistas a quienes agradezco sinceramente. Ellos son: cirugía ginecológica Dres. Guillermo DiPaola, Videla Rivero y Etchepareborda, cirugía urológica Dr. Carlos Scorticatti, cirugía oftalmológica Dr. Yankelevich, cirugía infantil Dr. Isidro Perianes, cirugía oncológica Dr. Pablo Curutchet, cirugía vascular Dr. Carlos Sala, cirugía traumatológica y ortopédica Dr. Salomón Schachter, cirugía plástica Dres. Raúl Laguigne y Flaherty, cirugía otorrinolaringológica Dr. Rolando Fonseca y Anestesia Dr. Cesáreo Beltrán.

En los aspectos legales ha colaborado el Dr. Alberto Ferreres y en el planeamiento arquitectónico de un centro de cirugía ambulatoria los arquitectos Enrique Samoiragui y Viviana Carballo. Es de destacar que ha sido posible implementar el programa de cirugía ambulatoria en el Hospital de Clínicas gracias al espíritu universitario y siempre abierto a nuevos horizontes del Director del Hospital Dr. Florentino A. Sanguinetti y del Jefe del Departamento Quirúrgico, Dr. Vicente P. Gutiérrez, quien además ha sido un colaborador y consejero en la programación del Relato. La poca experiencia programada en nuestro país con esta forma de cirugía me llevó a la necesidad de conocer centros extranjeros. A través del American College of Surgeons pude visitar el nuevo Centro de la Universidad de Los Angeles (UCLA) y de San Francisco, donde gracias a sus Directores los Dres. Michael Zinner y Martin Bogetz y al personal administrativo pude compenetrarme

\* Profesor Adjunto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Jefe de División Cirugía Gastroenterológica, Hospital de Clínicas de Buenos Aires.

del funcionamiento de la moderna cirugía ambulatoria.

Nos pareció útil investigar también cuales eran las expectativas entre nuestros cirujanos con respecto a la cirugía ambulatoria y las dificultades que habían impedido un desarrollo más importante. Una encuesta realizada con el Jefe de la Sección de Asesoría Científica del Hospital de Clínicas Dr. Vicente Castiglia fue distribuida en todas las provincias, buscando una muestra representativa de nuestro país y un testimonio del estado actual de esta cirugía en 1990. Quiero agradecer a todos los colegas que en forma anónima han contestado y particularmente a aquellos que desinteresadamente colaboraron en distribuirla, Dres. Andradá de Catamarca, Gramática de Córdoba, Chodos de Río Cuarto, Serebrinsky de Corrientes, Sauré de Concordia, Cuestas de Paraná, Malizia de Jujuy, Juárez de Chaco, Pettinari de Comodoro Rivadavia, Losada de Neuquén, Baro de Mendoza, Valdossinos de Posadas, Odriozola de Bariloche, Nallar de Salta, Pirán de San Luis, García

Casella de Santa Fé, Sarsano de Tucumán, Moirano de La Plata y Mettler de Mar del Plata.

Otro estudio que nos pareció necesario fue el costo beneficio en algunos procedimientos de cirugía general y su posible impacto en los gastos de salud, para lo cual contamos con la colaboración del Dr. Eneas Pampiega y el Dr. Jorge A. Covaro en la información estadística de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Finalmente quiero agradecer a mis amigos los Dres. Jorge Merello, Eduardo Danguise, Guillermo Miri y Francisco Suárez Anzorena que me ayudaron en la búsqueda bibliográfica y en la instrumentación de la encuesta. Al Dr. Eduardo Arribalzaga su invaluable ayuda en la corrección y diagramación del texto. Dedico este Relato a la memoria de mi maestro Clemente Morel, quien con su ejemplo y enseñanza influyó profundamente en mi formación médica y mi deseo de aprender.

## I. INTRODUCCION

El aumento de los costos en Salud y su financiamiento se ha constituido en un problema en todos los países obligando a optimizar los recursos disponibles. En ese marco la elevación de los costos de hospitalización, falta de camas y quirófanos muy ocupados han sido factores para la búsqueda de métodos menos costosos para una intervención quirúrgica; una respuesta fue la creación de centros de cirugía ambulatoria, constituyéndose en uno de los cambios más estimulante, oportuno, económico y satisfactorio de la práctica quirúrgica actual.

El método resulta peculiar porque beneficia a todos los implicados (enfermos, cirujanos, instituciones, aseguradores y a la comunidad), reduce costos, ofrece comodidad y no entraña más riesgos cuando están bien programados.

El término "*Cirugía Ambulatoria*" significa operaciones que se realizan en instituciones que también hacen internación o en Unidades Independientes, siempre con alta el mismo día, diferenciándose así de la cirugía en el enfermo hospitalizado.

Si bien la cirugía sin internación no es nueva en nuestra

generación, en los últimos veinte años ha tenido lugar su redescubrimiento, refinamiento y difusión. En los Estados Unidos de América se ha realizado un esfuerzo a nivel nacional para estimular y alentar un mayor empleo de la cirugía ambulatoria, de modo que cada vez se realicen más operaciones sin internación, existiendo en la actualidad más de 800 Centros de Cirugía Ambulatoria, realizándose 43 millones de procedimientos por año. Las estimaciones revelan que más del 40% de toda la cirugía se puede realizar en forma ambulatoria<sup>32</sup>. Este desarrollo, que ha significado un gran ahorro para el Sistema de Salud en Estados Unidos, también se implementó en algunos países de Europa (fundamentalmente en Gran Bretaña) y en Sudamérica tuvo gran difusión en Venezuela y Colombia<sup>132-133</sup>.

El hecho de que la Asociación Argentina de Cirugía dedique un Relato a este tema que se expande con rapidez, es indicativo de su importancia para cirujanos, instituciones, la población y para todos los que piensan en mejorar nuestra especialidad con el fin de brindarnos a nuestros semejantes,

## II. HISTORIA DE LA CIRUGIA AMBULATORIA

Hay evidencias que el hombre ha realizado procedimientos quirúrgicos sobre otros de su especie mucho antes

de que fuera capaz de registrar su propia evidencia. Las primeras expresiones artísticas han mostrado distintos

tipos de heridas y algunos instrumentos precarios usados para su tratamiento. De esta manera, la cirugía constituye una de las profesiones más antiguas en la evolución de la Sociedad, y ésta era ciertamente cirugía ambulatoria.

La trepanación del cráneo y las amputaciones fueron uno de los procedimientos más antiguos<sup>102</sup> y en la primera publicación médica escrita por el gran médico egipcio Imhotep<sup>16</sup>, se relatan 48 casos quirúrgicos, cada uno de los cuales es ampliamente descripto con diagnóstico y tratamiento. El tratamiento era racional, y solamente en 1 caso con componentes mágicos; 12 casos eran de injurias de tejidos blandos, 33 con lesiones de huesos y articulaciones y 3 abscesos y tumores de mama. Es el primer caso de cáncer relatado en la historia y el médico indicaba que no debía ser tratado. Todos eran tratados en forma ambulatoria. En la India fueron construidos 18 hospitales por el Rey Asoka (273-232 a.C.) con Normas de Procedimientos que persistieron más de 600 años y la realización de Cirugía Ambulatoria. El *Susruta Samhita* (*Susruta Collection*) fue el nombre dado al "Gran Libro" de la medicina india relacionado con la cirugía. No existen datos de la fecha del escrito, pero se guían por ella desde el 800 a.C. hasta el 400 d.C. Se describen 20 instrumentos cortantes y 101 romos<sup>62</sup>. Muchos de los procedimientos quirúrgicos descriptos por Hipócrates también se realizaban en forma ambulatoria. Celso y Galeno posteriormente renovaron su ímpetu y en la segunda centuria de nuestra era, algunos procedimientos como la ligadura de un aneurisma, mastectomía, craneotomía, extracción de cataratas, cesárea, amputación, nasotomía, rinoplastia, reducción mamaria, orquiectomía y cistolitotomía fueron descriptos. Si bien casi toda la cirugía se realizaba en forma ambulatoria, el sistema de medicina militar romano ya disponía de Hospitales<sup>69</sup>.

Con la aceptación de la Cristiandad por Constantino, se inician los hospitales cristianos, uno en cada ciudad luego de haber cerrado la Asklepeia. Los hospitales de la Edad Media tenían 5 secciones, (1 para cada padecimiento), y además contaban con una sección de cirugía ambulatoria<sup>62</sup>.

Generaciones de familias se convirtieron en "cortadores" ambulantes, con grupos que operaban cataratas, otros cálculos urinarios y otros hernias. La familia Norsini, famosa en Italia en el siglo XIII como hemiotomista, viajaba por toda Europa practicando su oficio. Sus métodos incluían la castración para el tratamiento de las hernias. En 1500, Pierre Franco, un hugonote francés con formación práctica de los hemiotomistas ambulantes, fue el primero en tratar la hernia estrangulada mediante la sección del ligamento que la constreñía sobre una sonda acanalada para no lesionar el intestino. Este cirujano barbero, tuvo gran influencia en su época, siendo su técnica utilizada entre otros por Ambrosio Pare<sup>69</sup>.

Hasta casi fin del siglo XIX solo los pobres eran atendidos en estructuras similares a un hospital; el resto lo hacía en sus casas o en consultorios. Con la introducción de

la técnica quirúrgica aséptica en 1880, la cirugía se desarrolló en los hospitales.

En 1854, durante la guerra de Crimea, Florence Nightingale estudió el Sistema Hospitalario Inglés, instituyendo reformas que resultaron un nuevo concepto de buena enfermería y buena administración como base para el adecuado funcionamiento de un hospital.

#### *Cirugía ambulatoria en el siglo XX*

En la reunión de la British Medical Association en 1909, James H. Nicoll<sup>105</sup> refirió 8988 operaciones en niños realizadas durante el período de 1899-1908 en el Glasgow Royal Hospital, sin admisión de los pacientes. De esos procedimientos, 610 fueron por problemas ortopédicos, 406 por fisura palatina, 306 por espina bífida, 23 por fractura de calota, 18 por estenosis pilórica congénita, 167 por empiema de mastoides, 143 por ligadura de yugular (en caso de absceso de mastoides) y 220 por hernias. Las conclusiones de su trabajo fueron que los buenos resultados permitieron que los chicos permanecieran con sus madres después de la operación, disponiendo en algunos casos de pequeñas casas, cerca del hospital para acomodar transitoriamente a los parientes. También concluyó que con los adultos existía una internación muy prolongada y abogó por la deambulación precoz y el alta temprana. La discusión de este trabajo fue que cinco cirujanos estaban de acuerdo con esas prácticas ambulatorias, de hecho ya la estaban realizando, pero 1 cirujano no lo aconsejaba para las hernias. En otro trabajo<sup>106</sup>, 4 años más tarde contestó ese reparo para las operaciones de hernia afirmando que su estadística mostró que las operaciones ambulatorias fueron seguras y eficientes. También confirmó que el hidrocele podía ser tratado en forma ambulatoria (presentó 6 casos consecutivos en 2 meses). El cirujano que había criticado estos dos procedimientos, luego del trabajo de Nichols agregó estos dos procedimientos a su lista de cirugía ambulatoria.

Fullerton<sup>61</sup> en 1913, concluyó que estas operaciones no sólo pueden realizarse en forma ambulatoria, sino que designó en Belfast Hospital for Sick Children un quirófano destinado a la cirugía ambulatoria, el primero de que se tiene noticia.

Otro cirujano en la misma discusión cuestionó algunos problemas legales que podrían surgir con el alta el mismo día, pero que con las opiniones favorables de autoridades quirúrgicas podían ser solucionados.

La primera operación con anestesia general hecha en forma ambulatoria fue en Iowa, Estados Unidos. Waters<sup>135</sup> de la Sioux City publicó su caso en el 4º Annual Meeting of the Interstate Association of Anesthetists, en Indianapolis, en 1918. Luego estableció una clínica de cirugía ambulatoria "The Down-Town Anesthesia Clinic" en la cual se trataban fracturas y aperturas de abscesos. Sin

embargo, pasaron varias décadas para que nuevamente se establecieran centros de cirugía ambulatoria en Estados Unidos y los cirujanos y anestesiólogos aceptaran que luego de una anestesia general se podía dar el alta.

En Escocia, posiblemente debido al número limitado de camas quirúrgicas en los hospitales, a condiciones económicas insuficientes y al convencimiento de los cirujanos de que estos procedimientos podían realizarse en forma ambulatoria, la idea se expandió. En 1938 Gertrude Herzgeld<sup>72</sup> publicó 1000 hernias operadas en menores de 12 años de edad en el Royal Edinburgh Hospital for Sick Children, todas con anestesia general. Las conclusiones fueron que los resultados eran iguales a los tratados en forma internada y se evitaban los trastornos producidos por las internaciones.

#### *La influencia de la deambulación precoz*

Erie Ries de Chicago, llamado el padre de la deambulación postoperatoria temprana, demostró la seguridad y los beneficios de la ambulancia rápida. En 1899 describió<sup>116</sup> su programa en el Postgraduate Medical School iniciado en 1893 con cirugía intraabdominal por vía vaginal permitiendo la deambulación a las pocas horas de recuperados de la anestesia. Hizo lo mismo luego en pacientes con laparotomías y lo llamó un cambio radical, y realmente lo fue. Sostuvo que la deambulación debe contarse en horas y no en días del posoperatorio (24-48 hs), el alta al cuarto o sexto día luego de una celiotomía vaginal y no observó debilidades musculares.

Este trabajo fue confirmado por Boldt<sup>15</sup> de Nueva York, y en 1907 ambos ginecólogos tenían una serie de 900 casos que habían deambulado entre el primer y el segundo día después de una laparotomía.

A Boldt le preguntaban "cuál es la razón de levantar a los operados tan pronto?" y él contestaba "Por que razón tienen que permanecer tanto tiempo en cama?". Algunos cirujanos aún pensaban que las posibilidades de trombosis y embolias podían ser mayores con la ambulancia rápida, y Boldt respondió que "la mejor forma de mantener una buena circulación es con un ejercicio racional".

Otro defensor de la deambulación precoz fue Howard Kelly<sup>80</sup> del John Hopkins, un pionero de la ginecología quien apoyó a Boldt permitiendo la deambulación en las primeras 48 horas y no luego de 2 semanas como era habitual en esa época. Sin embargo William Halstead<sup>71</sup> afirmaba que recién a los 20 días las heridas tienen una cicatrización adecuada para permitir la deambulación. Estas afirmaciones hicieron que la cirugía ambulatoria tardara varias décadas para desarrollarse.

En Escocia, Farguharson<sup>54</sup>, demostró en 1950 que la deambulación precoz no aumentaba las recidivas luego de una plástica herniaria y las hacía en forma ambulatoria. En 1955 publicó 487 casos de herniorrafia con anestesia local

y buenos resultados. Demostró que sólo 11 tuvieron que ser internados y de éstos, sólo 1 de los últimos 200 casos. La edad varió de 12 a 83 años y remarcó que la edad por sí sola no fue óbice para este tipo de cirugía, siendo por lo contrario una indicación ideal por que elimina las complicaciones del decúbito dorsal prolongado.

A fines de 1950 en el Reino Unido luego de la socialización existían largas listas de espera para afectados de hernias o várices, a veces hasta 2 o 3 años. Un aumento en el número de camas y de personal no era factible, por lo cual en base a la experiencia de Farguharson se establecieron criterios para cirugía ambulatoria.

Stephens y Dudley<sup>127</sup> fueron encargados de establecer normas siguiendo estos conceptos:

- 1) con el conocimiento de que la deambulación precoz no tiene contraindicaciones, la cirugía para hernias y várices puede hacerse en forma ambulatoria.
- 2) la anestesia debe seguir los mismos principios que para el paciente internado, y de ser necesario utilizar anestesia general.
- 3) la evaluación preoperatoria debe ser tan completa como en el paciente internado.

Con estas premisas, Stephens y Dudley publicaron 166 operaciones de hernias y várices sin complicaciones<sup>127</sup>. Una encuesta a estos pacientes demostró que 151 de 166 preferían el alta el mismo día. Fueron los primeros en demostrar un ahorro de costos con procedimientos ambulatorios.

En 1960 un artículo de Lancet titulado "Hoteles ú Hospitales?" firmado por Stallworthy<sup>125</sup> focalizó el uso racional de un hospital. Puntualizó que un hospital es más costoso que un hotel y por consiguiente no debe competir con los servicios que se ofrecen. El paciente que se queda en un hospital un día más que el necesario usa el hospital como un hotel. Irónicamente, en muchos casos el paciente podría estar más confortable, tener más privacidad y mejor comida y aproximadamente a la mitad de costo si estuviese en un hotel de varias estrellas. También estudió en dos hospitales universitarios el promedio días/cama concluyendo que un hospital de 700 camas con un promedio de 18 días/cama puede atender por año 14.000 pacientes mientras otro con 400 camas pero con un promedio de internación de 9 días puede atender a 17.000 pacientes. Fue un artículo ampliamente difundido y que ayudó mucho al desarrollo de la cirugía ambulatoria.

El primer programa moderno en Estados Unidos de cirugía ambulatoria fue la unidad abierta en 1961 en Grand Rapids (Michigan), en el Butterworth Hospital<sup>23</sup>. Entre 1963 y 1964 un total de 879 procedimientos fueron realizados en pacientes ambulatorios y entre 1967 y 1968 el número alcanzó a 1286.

A fines de 1962, una unidad similar fue abierta en la Universidad de California, Los Angeles por los anestesiólogos

logos David Cohen y John Dillon<sup>29</sup>. Fue tan exitosa que durante los primeros 2 años se realizaron 804 procedimientos con anestesia general. Establecieron que la seguridad de la anestesia no depende si se efectúa en forma ambulatoria o internada, sino de una correcta selección de pacientes y de una técnica adecuada.

En 1964 Lawrie<sup>85</sup> publicó 734 operaciones en el Evelina Children's Hospital demostrando que con cirugía ambulatoria se evitan muchas infecciones adquiridas en el postoperatorio. Sutherland y Horsfall<sup>130</sup> demostraron que es importante una medicación preoperatoria muy suave, evitar si es posible la intubación traqueal y usar drogas que provoquen pocas náuseas y vómitos en el postoperatorio.

En 1965 un centro de cirugía ambulatoria fue establecido por James Treloar y P. Klassen en Vancouver. En 1967 habían realizado 1500 procedimientos como biopsias de mama, hemorroidectomías, amigdalectomías, mastoplastias, raspados uterinos y procedimientos ortopédicos.

Una innovación en la Universidad de Washington en 1966 fue el agregado en una Unidad dependiente del Hospital de una sala de recuperación para cirugía ambulatoria y un circuito de entrada y salida al quirófano. Una encuesta demostró que el 93% de los operados recomendaban su uso<sup>46</sup>. En 1967 el Hammersmith Hospital de Londres instaló un centro de cirugía ambulatoria, y Calman y Martin<sup>24</sup> en un estudio de costo/beneficio demostraron un ahorro importante en los gastos. En 1967, el "Day-Care Surgical Unit" fue abierto en el Children's Hospital en Vancouver, prestando atención especial en la decoración y en la ropa de los enfermos. Davenport refiere la gran aceptación por parte de las familias<sup>38</sup>.

En 1968 Domotte William<sup>46</sup> propuso en Washington a la Sociedad Americana de Anestesiólogos que deberían establecerse centros de Cirugía Ambulatoria pero siempre dependiendo administrativamente o geográficamente del hospital. A los 2 meses se abrió el primer Centro Independiente "Dudley Street Ambulatory Surgical Center" en Providence, Rock Island, fundado por Charles Hill<sup>73</sup>. Pero tuvo que cerrar por dificultades en el pago de Servicios por parte de los seguros. En 1969, un artículo "Operaciones Ambulatorias. El punto de vista del cirujano" de Alexander Williams<sup>137</sup> sostiene que los cirujanos siguen más las tradiciones que lo indicado por el análisis racional y en las operaciones de hernias la deambulación no interviene en la recidiva y las infecciones son menores cuando se realiza cirugía ambulatoria. En 1969, dos anestesiólogos de Phoenix, Wallace Reed y John Ford<sup>59</sup> abrieron el "Surgicenter" que se constituyó en un prototipo modelo y favoreció el desa-

rrollo de la cirugía ambulatoria en Estados Unidos. En 1972, Davis y Datmer<sup>42</sup> presentaron en la Southern Surgical Association un estudio documentando que la calidad de la cirugía ambulatoria es tan buena como en la cirugía del internado y el ahorro es hasta el 25%. Cloud en 1972 concluyó lo mismo que Davis<sup>28</sup> y Salztein<sup>119</sup> escribió: "para controlar el crecimiento espiralado de los costos en salud y mejorar la atención médica, los pacientes, médicos, hospitales y seguros deberían insistir en la realización de cirugía ambulatoria cuando ello es posible".

En 1980 el concepto de Cirugía Ambulatoria y sus ventajas económicas, seguridad y beneficios para todos los participantes estaba establecido y el crecimiento era notable. Los factores que han contribuido a su desarrollo fueron: 1) satisfacción y preferencia de los pacientes; 2) costo/beneficio para pacientes y seguros de salud y 3) preferencia y satisfacción de los cirujanos.

De acuerdo con el American Hospital Associations "Annual Survey of Hospital, 1986", el número de procedimientos quirúrgicos realizados anualmente en forma ambulatoria entre 1980 y 1986 aumentó de 3.2 millones a 8.7 millones. La cirugía ambulatoria representó el 40.4% de todas las operaciones realizadas en hospitales que tienen además un centro de Cirugía Ambulatoria<sup>78</sup>. En forma similar, la "Health Care Financing Administration" (HCFA) publicó que el número de centros de cirugía ambulatoria aprobados por el "Medicare", (para el pago de sus prestaciones), creció de 150 en 1983 a 838 en 1988 (la mayor parte de estos centros son independientes<sup>52</sup>).

El pasaje de cirugía en internados a cirugía ambulatoria se atribuye en parte a avances tecnológicos (con mejores agentes anestésicos), técnicas modernas de cirugía endoscópica, laparoscópica y el Laser.

En Argentina, a pesar de que algunas publicaciones ya en 1960<sup>95</sup> refieren procedimientos de cirugía general realizados en forma ambulatoria, y en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires desde 1965 Perianes<sup>110</sup> inició un programa de cirugía infantil ambulatoria (con más de 1500 hernioplastias hasta el momento entre otros procedimientos); esta modalidad de tratamiento apenas se ha desarrollado, excepto en algunas especialidades como ginecología, otorrinolaringología, oftalmología y cirugía plástica. Sin embargo en los últimos años algunos hospitales han comenzado programas (Hospital de la Comunidad en Mar del Plata, Hospital Británico, Hospital de Clínicas) del mismo modo que algunos Seguros de Salud están estableciendo centros independientes de cirugía ambulatoria (Centro Medicus).

## III. DESARROLLO DE LA CIRUGIA AMBULATORIA

*Definición*

Tradicionalmente todo procedimiento quirúrgico con anestesia general fue realizado en pacientes internados y se hacían sin admisión sólo procedimientos menores con anestesia local. Desde la década de 1960 y más intensamente en la de 1970 algunos procedimientos que se realizaban con internación fueron hechos en forma ambulatoria, aún con anestesia general. Esta cirugía se conoció como Cirugía Ambulatoria. Por lo tanto existe una diferencia entre la cirugía que se realizaba como procedimiento externo a la que actualmente se denomina cirugía ambulatoria, que es independiente de la anestesia.

Algunos diferencian dos categorías: *Cirugía Ambulatoria Menor* a la realizada con anestesia local y alta inmediata y *Cirugía Ambulatoria Mayor* la que independientemente de la anestesia incluye un período de recuperación u observación.

En nuestra opinión, debe denominarse Cirugía Ambulatoria solamente a la definida anteriormente como Cirugía Ambulatoria Mayor.

*Desarrollo de la Cirugía Ambulatoria*

La transferencia hacia la cirugía ambulatoria en pacientes que previamente permanecían internados en los países como Estados Unidos, Venezuela o Colombia, se debió a varios factores, entre los cuales pueden destacarse:

- 1) disminución de costos: como explicaremos más detalladamente, la cirugía ambulatoria significa una disminución de gastos que puede llegar hasta el 70% para algunos procedimientos<sup>3</sup> y que incide ya sea en el paciente o en el seguro médico.
- 2) a mejor y más adecuada anestesia: drogas que actúan rápidamente y con corta duración son ideales para la cirugía ambulatoria, dejando pocos efectos colaterales como náuseas o vómitos: fentoniil-alfentoniil, inductores anestésicos inhalatorios (isofluorane) y bloqueantes neuromusculares (atracorium). Habitualmente se trata de evitar la medicación preanestésica 31-50-51-81-82-87-89-98
- 3) aceptación de la deambulación precoz: ya ha sido explicada la evolución que desde 1950 ha tenido este concepto. Sin duda su comprensión fue fundamental para la aceptación de esta modalidad de tratamiento.
- 4) mejores medicamentos: la disponibilidad de narcóticos de corta duración así como de otros analgésicos no narcóticos favorecen el tratamiento del dolor, sin

- requerir internación<sup>13</sup>.
- 5) conveniencia y satisfacción de los pacientes: el hecho de poder regresar a casa el mismo día produce satisfacción, habiendo demostrado varios estudios la preferencia de la gente para el alta el mismo día. Read<sup>113</sup> en una encuesta de 211 pacientes encontró que el 74% de los mismos refería ventajas a este tipo de cirugía fundamentalmente por la mínima interrupción de su estilo de vida y el de sus familiares al evitar la internación. En el caso de niños, la conveniencia es aún más notable, porque no modifica el entorno habitual con sus implicancias psicológicas.
- 6) cambios en el sistema de seguros: a comienzos de la década de 1970 existía renuencia y algunos seguros prohibían a sus asociados el uso de estos Centros, los cuales no eran reconocidos para el reembolso de los gastos. En la actualidad el proceso en Estados Unidos se revirtió y tanto la "Blue-Cross" como la "Blue-Shield" de Carolina del Norte, por ejemplo, no sólo pagan el 100% de lo que corresponde a los procedimientos realizados en forma ambulatoria, sino que cuando éstos se realizan con internación solo reintegran el 80%<sup>41</sup>.
- 7) cambios en la opinión pública: algunas encuestas refieren un cambio en cuanto a la aceptación de ser operado e irse a su casa el mismo día.
- 8) apoyo del gobierno y de los seguros de salud: la cirugía ambulatoria se ha constituido en un claro ejemplo de contención de gastos en un sistema de salud en donde los costos han ido escalonando abruptamente siendo necesario poner un límite<sup>2</sup>.
- 9) competencia interhospitalaria: contar con un centro de cirugía ambulatoria se constituyó en una idea atractiva para atraer pacientes, transformándose en un elemento de competencia en las áreas en donde la misma ha tenido difusión pública.
- 10) hospitales ocupados: la cirugía ambulatoria ha sido una solución en los hospitales con déficit de camas. En la actualidad los hospitales crecen tecnológicamente brindando más servicios pero con un promedio de internación más bajo.

*Respuesta de los médicos y organizaciones a la cirugía ambulatoria en Estados Unidos*

A pesar de las experiencias en Gran Bretaña a principios de siglo con la cirugía ambulatoria<sup>105</sup> y la de Waters en Sioux City<sup>135</sup>, el temor de que pudiera generar mayor

riesgo entre otras cosas debido a la anestesia que aún ofrecía dificultades y la imposibilidad de asegurar la calidad de atención, impidieron la difusión de estas prácticas. Por otra parte la expansión del Seguro de Salud, cubriendo los tratamientos quirúrgicos en los hospitales, restaba atractivo a la cirugía ambulatoria.

En las últimas décadas la rápida expansión de la tecnología médica, el mejor control del dolor y fundamentalmente los mejores agentes anestésicos, disminuyeron el tiempo de recuperación postoperatorio, cambiando la actitud de los médicos.

En 1968, el prestigioso sanitarista William Dornette<sup>46</sup> expuso en la Sociedad Americana de Anestesiólogos, que los procedimientos de cirugía ambulatoria con anestesia general, no deben forzosamente realizarse en unidades afectadas administrativamente o geográficamente a hospitales y esta aseveración fue una ayuda política y de gran repercusión para el desarrollo de centros de cirugía ambulatoria independientes, como el que Reed y Ford establecieron en Phoenix, Arizona<sup>59</sup>.

En 1971, la Asociación Médica Americana aceptó la cirugía ambulatoria para procedimientos seleccionados con cualquier tipo de anestesia. Quedó entonces la discusión si es más apropiado efectuarla en centros dependientes de un hospital o en centros independientes. En 1972, el American College of Surgeons expresó su preferencia por los centros hospitalarios o afiliados sobre los independientes. Se basó en el temor a no poder controlar adecuadamente la calidad en centros independientes. Los independientes tendrían como objetivo fundamental el económico. Sin embargo la "Joint Commission on Accreditation of Hospital" (JCAH) tomó a su cargo la evaluación de todos los centros, y en 1980 la Asociación Médica Americana reconoció que la mayoría de los centros independientes tienen un control adecuado de la calidad de prestaciones y el público estaba protegido; adoptaron la siguiente resolución: "pedir a los sectores privados de compañías de seguro médico, incluyendo la "Blue Cross" y la "Blue Shield" que cubran los gastos médicos por procedimientos realizados en forma ambulatoria, ya que éstos pueden hacerse en forma segura y efectiva, alertando además a todas las Asociaciones de las distintas especialidades que estimulen estas prácticas menos costosas cuando consideren que pueden realizarse con seguridad en forma ambulatoria".

El American College of Surgeons en 1980 modificó lo expresado en 1972, estableciendo que la cirugía ambulatoria puede realizarse en cualquier centro de cirugía en donde el control de la calidad haya sido establecido pero insistiendo en la acreditación como base fundamental y en la voluntad del paciente como factor decisivo en la elección de prácticas quirúrgicas ambulatorias<sup>2</sup>.

Linda Burns<sup>21</sup> directora del centro de cuidados ambulatorios de la Asociación Médica Americana, expuso que la cirugía ambulatoria debería realizarse en hospitales ya que la disponibilidad de servicios complejos y personal

entrenado en el manejo de las complicaciones, hacen más segura esta práctica; solamente deberían construirse centros independientes en las comunidades en donde está demostrado claramente su necesidad por razones económicas o reestructuración del sistema de Salud. Cuando se efectúan estudios de costo/beneficio deberían tomarse en cuenta todos los centros disponibles en un área geográfica y no independientemente, de lo contrario la duplicación de servicios puede significar un aumento del costo para la comunidad.

#### *Ventajas de la Cirugía Ambulatoria:*

- 1) reducción de costos, ya sea para el paciente o los seguros médicos;
- 2) el alta el mismo día significa un atractivo para pacientes que prefieren no alterar su ritmo de vida. Esto es más importante cuando se trata de niños;
- 3) atención más personalizada. Los centros de cirugía ambulatoria están diseñados para estos procedimientos, y los pacientes no se sienten desplazados por enfermos más graves de un hospital general;
- 4) disminuye los riesgos de infección nosocomial;
- 5) rehabilitación más rápida. En Illinois<sup>44</sup> se demostró que los mismos procedimientos realizados en forma ambulatoria significaron una rehabilitación más rápida ahorrando un promedio de 1.04 días por cada paciente operado en su trabajo (posiblemente porque el paciente al no internarse entiende que no se trata de un procedimiento de mucha magnitud);
- 6) uso más eficiente de las camas hospitalarias. La demora en la admisión de los pacientes en muchos hospitales, así como el trámite complejo que ello significa, hacen que los centros de cirugía ambulatoria sean preferidos por los cirujanos.

#### *Desventajas:*

- 1) incumplimiento de las instrucciones preoperatorias. En los pacientes ambulatorios, el no cumplimiento de algunas indicaciones (ejemplo el ayuno) puede significar la suspensión de la operación;
- 2) necesidad de transporte. Es imprescindible contar con un medio de transporte para el alta. Esto puede ser una seria dificultad para algunos pacientes, sin embargo las asistentes sociales pueden brindar una solución, ya que es más económico conseguir un transporte que permanecer internado;
- 3) asistencia en el domicilio. Las personas que no cuenten con una familia capaz para cuidarlos no tienen posibilidad de ser atendidos en forma ambulatoria. En algu-

nas instancias se puede conseguir un cuidado de enfermería que cumpla este objetivo;

- 4) menos medidas de sostén y reanimación. Puede existir un temor sobre el equipamiento adecuado de estos centros (especialmente si son independientes) para solucionar algunas emergencias;
- 5) posibilidad de complicaciones que necesiten la internación de urgencia. Es la desventaja más seria, y puede suceder porque no se diagnosticó o se subestimó condiciones agudas o crónicas como enfermedades cardíacas, pulmonares, hipertensión, diabetes o ingesta de drogas como corticoides o aspirina;
- 6) rechazo de algunos pacientes y/o médicos para aceptar la cirugía ambulatoria. El motivo más frecuente es creer que las complicaciones pueden ser mayores y la seguridad menor. Esta opinión se está revirtiendo en los lugares donde ya existen programas de cirugía ambulatoria.

Los beneficios de la cirugía ambulatoria podrían resumirse como la conveniencia del paciente, confort, satisfacción, reducción de infecciones y ahorro.

En cuanto al ahorro en 1972 se demostró que un promedio de 2 días de internación ahorrados representaba una disminución del 25% de los costos de admisión<sup>42</sup>. Un estudio del Chicago Hospital Council registró en esa ciudad un ahorro de 400 dólares por caso<sup>11</sup>.

La pregunta es si este ahorro significa un sacrificio en la calidad de la atención. Una investigación para esta problemática se hizo en Maryland. En 1974 el Departamento de Salud, Educación y Bienestar contrató a la "Orkand Corporation of Silver Spring" (firma especializada en el campo de la Salud y Energía) para un estudio en cuatro lugares de Phoenix, Arizona, analizando los costos y calidad en internados en cirugía ambulatoria en un centro hospitalario, en un centro afiliado a un hospital y por último en un centro de cirugía ambulatoria independiente. El resultado fue que excepto los honorarios médicos, los gastos fueron de 42,5% a 65,4% menores en centros independientes. La elevación de costos en los internados obedeció a gastos de internación y mayor cantidad de estudios auxiliares para el mismo procedimiento. Otra conclusión fue que en el hospital se piden mayor cantidad de estudios innecesarios y radiografías inútiles. Cuando se compara cirugía ambulatoria en un centro independiente versus cirugía ambulatoria dentro de un hospital, el ahorro es del 11,6% al 14,7%. La calidad de todos los centros fue similar. La satisfacción de los pacientes en una encuesta del mismo grupo fue del 85%. La opinión del grupo de cirujanos fue que la cirugía ambulatoria en un centro independiente disminuye aún más los costos y aumenta la eficacia, pero tiene la desventaja de la imposibilidad de tratar algunas complicaciones potenciales que requieran internación<sup>44</sup>.

#### *Tipos de unidades de cirugía ambulatoria :*

- 1) unidad integrada al hospital: se emplean los quirófanos y salas de recuperación del hospital. Es un área designada dentro del hospital. En la misma se realizan la evaluación preoperatoria y la recuperación.
- 2) unidad autónoma controlada por el hospital: está ubicada en el área geográfica del hospital, pero es totalmente autosuficiente (proporciona atención preoperatoria, transoperatoria, de recuperación y postoperatoria). Es independiente de otros departamentos del hospital.
- 3) unidad satélite del hospital: es una unidad autónoma patrocinada y administrada por el hospital, pero en una localización diferente.
- 4) unidad independiente: es autónoma, no constituye parte de otra institución de Salud ni geográfica ni administrativamente.

#### *Ventajas y desventajas de los distintos tipos de centros de cirugía ambulatoria:*

##### *Unidad integrada al hospital*

###### *Ventajas*

1) requiere pequeñas reformas estructurales; 2) gastos relativamente bajos. Es una opción atractiva para hospitales con presupuestos limitados y/o espacios de sobra con fácil acceso para pacientes externos. Ha sido nuestra experiencia en el Hospital de Clínicas que reúne estas características; 3) la puesta en marcha del programa es muy rápida por la existencia de los quirófanos y la sala de recuperación; 4) mínimo riesgo para el hospital. Si el programa no funciona es fácil convertirlo para otro uso; 5) los cirujanos tienen mayor flexibilidad. En esta Unidad se pueden realizar operaciones más extensas ya que no se aumenta el riesgo. Si hubiera complicaciones, están accesibles todos los recursos del hospital para reanimación, interconsultas y asistencia de otros servicios; 6) es posible compartir equipo y personal, lo que hace innecesario duplicar las existencias y 7) los cirujanos tienen más confianza y existe menor riesgo de demandas legales.

###### *Desventajas*

1) el paciente puede sentirse desplazado por otros más graves cuando el mismo personal trata a los hospitalizados y ambulatorios; 2) existen demoras inesperadas en las operaciones. La cirugía ambulatoria puede demorarse o aún cancelarse si los procedimientos en hospitalizados se prolongan o si se presentan emergencias; los enfermos pueden sentirse inseguros al saber que ocurren estas contingencias. Esta experiencia ha sido la nuestra en el Hospital de Clínicas. Una solución a la que hemos recurrido es contar con un quirófano destinado exclusivamente a la cirugía ambulatoria; 3) el ingreso de los pacientes es más

difícil si existe una sola oficina de admisión, ya que compiten con los hospitalizados y generalmente el personal hospitalario no los considera tan enfermos y necesitados, por ser ambulatorios. En nuestra opinión es deseable una oficina de admisión sólo para los ambulatorios, que elimina las demoras propias de las internaciones habituales; 4) el paciente suele pagar en exceso si se prorratean los gastos administrativos de los ambulatorios con el resto de los pacientes. En nuestro hospital se fijaron "módulos" para cada procedimiento que evitan estos inconvenientes y presenta un atractivo para los Seguros de Salud.

Unidad autónoma controlada por el Hospital

#### Ventajas:

El objetivo de esta unidad es brindar las ventajas de la Unidad Independiente incluyendo sus menores costos, pero con la seguridad y posibilidades de respaldo de un hospital:

1) todas las áreas (pre, trans y postoperatorias, administrativas) están planeadas para proporcionar atención adecuada, pero sin la complejidad de un hospital; los quirófanos y salas de recuperación son exclusivos para estos pacientes y se logra una mayor funcionalidad abaratando costos, 2) se logra mayor satisfacción para enfermos, médicos y personal con menor número y ocupado exclusivamente para este cuidado y 3) la eficacia operativa es mayor. Toda la Unidad está planeada y administrada para ofrecer un solo servicio que se repite muchas veces al día. Se ahorra tiempo y se gana eficacia.

#### Desventajas:

1) los costos de construcción pueden ser altos; 2) si se fracasa en el programa, el espacio usado quizá no pueda convertirse.

Unidad satélite

#### Ventajas:

Para servir a un mercado diferente, tales unidades suelen localizarse en la misma comunidad pero a cierta distancia del hospital o bien en una comunidad vecina:

1) las mismas ventajas que las unidades autónomas integradas; 2) amplía el mercado de la cirugía al servir a otra comunidad o a una parte adicional de la misma y 3) acceso más fácil porque está fuera del complejo hospitalario (en ocasiones congestionado).

#### Desventajas:

1) Las mismas de la unidad autónoma controlada por hospitales.

Unidad Independiente

#### Ventajas:

1) Las mismas que la unidad autónoma controlada por el hospital; 2) menos costos. La parte administrativa al no estar ligada al hospital suele ser más eficiente y menos compleja y 3) suelen ser más agradables para los pacientes (más cómoda, atmósfera más agradable).

#### Desventajas:

La posible deficiencia en equipo y personal de reanimación comparada con un hospital, puede preocupar a algunos pacientes y médicos. Sin embargo existen excelentes resultados en cientos de miles de operaciones<sup>19</sup>. Lagoe<sup>24</sup> en un trabajo reciente refiere que el 69% del incremento de la cirugía ambulatoria en Estados Unidos, fue generado por centros independientes.

Para que sean seguros todos estos Centros deben contar con recursos para atender cualquier complicación y tomar las medidas para asistencia respiratoria, cardiológica y eventualmente contar con la posibilidad de un traslado rápido a un hospital (cuadro 1).

CUADRO 1  
Ventajas y desventajas de las unidades quirúrgicas

	Ventajas	Desventajas
UNIDAD DEPENDIENTE DE HOSPITAL	No se duplica equipo; pocos costos para iniciar el programa; mayor aceptabilidad.	costos más elevados el paciente puede perder prioridad.
UNIDAD INDEPENDIENTE CON BASE HOSPITALARIA	Costo menor que si se emplean los equipos y salas de recuperación del hospital. Se dispone de todos los servicios de apoyo.	Mayor costo para poner en marcha el programa. Duplicación de equipo, material y personal.
UNIDAD INDEPENDIENTE	Menor costo Sin atmósfera de Hospital	Servicios de apoyo limitado. No tiene servicio nocturno para admitir complicados.

## IV. SELECCION DE PACIENTES

El término selección de pacientes resulta poco acertado porque selección implica escoger el mejor o el más sano. En los inicios de la cirugía ambulatoria, la selección de los individuos más sanos para estos procedimientos, como lo analiza Patterson<sup>108</sup> fue un punto fundamental. A la luz de más de un decenio de experiencia, en los lugares en donde existe un desarrollo de esta modalidad, ya no resulta tan trascendental, y se aceptan pacientes con diversos grados de enfermedad. En realidad cualquier procedimiento que no requiere penetrar en una cavidad corporal (tórax o abdomen) puede considerarse compatible con cirugía ambulatoria.

El paciente seleccionado para cirugía ambulatoria en general no tiene problemas sistémicos o deben ser mínimos y fácilmente controlables. Debe ser alguien preparado psicológicamente para retirarse tan pronto como pueda y capaz de asumir un razonable grado de responsabilidad para su cuidado postoperatorio inmediato.

Si bien en algunos centros existen listas de procedimientos que realizan, la responsabilidad es del cirujano, debiendo efectuar un juicio individual en cada enfermo, para el cual se tendrá en cuenta: edad, enfermedades asociadas, factores psicológicos, riesgo anestésico, aceptación del paciente a la cirugía ambulatoria y situación social y familiar.

La lista de procedimientos, especialmente si es aprobada por los entes encargados de la acreditación de dichos centros, puede ser útil para el médico y el paciente, pero no debe servir como base única para tomar la decisión. En consecuencia la mayor parte de los médicos opinan que dichas listas deben mantenerse en perspectiva y no emplearse para justificar o excluir el que se lleve a cabo un procedimiento quirúrgico específico en un paciente ambulatorio.

*Edad*

Si bien es un factor importante, no es excluyente y muchos añosos, con condiciones psicológicas y mentales buenas, toleran bien la cirugía ambulatoria. Se han operado mayores de 90 años sin inconvenientes, y por el contrario, la deambulación precoz, el requerimiento de respirar más profundamente y efectuar ejercicios en mayor medida que los internados, suele acompañarse de mejores resultados<sup>43</sup>. Meridy<sup>97</sup> refiere que la cirugía ambulatoria en pacientes añosos es segura, propiciando su utilización, y Read<sup>113</sup> en una encuesta sobre el nivel de satisfacción de los sometidos a cirugía ambulatoria encuentra que el porcentaje aumenta con la edad. Los niños prematuros no son aptos para este tipo de atención por la inmadurez de sus

sistemas vitales (temperatura-centro respiratorio), mientras que los niños bien desarrollados toleran bien la cirugía ambulatoria<sup>30</sup>.

Como en todos los grupos, el estado psicológico es más importante que su edad cronológica. Aunque es cierto que un paciente mayor se recuperará con más lentitud que uno joven, muchos de edad avanzada en buenas condiciones fisiológicas y mentales toleran bien la cirugía ambulatoria y no se les debe excluir categóricamente de los beneficios de este tipo de atención.

*Enfermedades asociadas*

Casi todos los elegidos para cirugía mayor ambulatoria son personas sin alteración orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica alguna o tienen una alteración leve o moderada de fácil corrección. Epstein<sup>50</sup> escribió que en ocasiones, puede elegirse a un paciente con alguna enfermedad grave si se cree que la hospitalización conlleva más riesgo que el tratarlo como ambulatorio. Un ejemplo sería el enfermo leucémico en el cual el riesgo de adquirir una infección de otro paciente o del personal del hospital pone en riesgo su vida.

*Factores de Riesgo Específicos*

- 1) ingesta de drogas en el pre-operatorio: se deben realizar dos preguntas: a) debe el paciente suspender la medicación antes de la operación y b) la medicación que ingiere, requiere de una evaluación con estudios de laboratorio antes de la operación? (un ejemplo sería el Tiempo de Quick en pacientes anticoagulados). En un estudio<sup>115</sup> de pacientes sometidos a cirugía ambulatoria, casi 2.000 de los 18.000 enfermos tenían enfermedades sistémicas previas y más de 900 ingerían algún medicamento antes de operarse. La mitad tomaba un antihipertensivo, un número significativo tomaba medicación para cardiopatías (incluyendo beta bloqueantes, diuréticos, antiarrítmicos y vasodilatadores). Otras drogas frecuentes<sup>5</sup> son la insulina y la medicación antiasmática. Sin embargo no se relataron complicaciones inherentes a la medicación previa. Los pacientes deben traer todos los medicamentos el día de la operación.
- 2) hipertensión: en general la hipertensión debe controlarse antes de la operación. Los inhibidores de la MAO (monoaminoxidasa) deben ser interrumpidos, si es posible dos semanas antes de la operación por sus

impredecibles efectos cardíacos y pueden frecuentemente conducir a hipertensión en pacientes que reciben meperidina o vasopresores. Todos los antihipertensivos deben ser tomados hasta el día antes de la operación. Los beta-bloqueantes pueden tomarse el mismo día de la operación.

- 3) enfermedad cardíaca y falla cardíaca congestiva; son pacientes con riesgo ASA III y no deberían operarse en cirugía ambulatoria a menos que el procedimiento sea menor y con anestesia local <sup>64</sup>.
- 4) enfermedad broncopulmonar; deben ser evaluados individualmente. El grado de deterioro es determinado por una historia cuidada y test apropiados, y una radiografía de tórax. Deben determinarse los factores que inician sus ataques de asma o broncoespasmo y la medicación habitual. Algunos requieren en el preoperatorio esteroides y antibióticos.
- 5) diabetes: los controlados con hipoglucemiantes orales o menos de 25 unidades de insulina por día pueden manejarse en forma ambulatoria. Natof <sup>104</sup> describió que este método es ideal para diabéticos dependientes con esa dosis de insulina, ya que el restablecimiento de su metabolismo depende en gran medida de que reinicien dieta y actividad normal. En consecuencia, mantenerlos fuera del hospital brinda una ventaja adicional.
- 6) obesidad: si es mayor al 30% de su peso ideal no es un candidato a cirugía ambulatoria. La obesidad mórbida ejerce un estrés sobre el sistema cardiopulmonar y puede desarrollar hipoxias <sup>115</sup>. Además suelen tener diabetes, hipertensión, enfermedad hepática o falla cardíaca.
- 7) terapia con esteroides: los que están recibiendo adrenocorticoides por 6 meses a 1 año antes de la operación deberán recibir esteroides suplementarios en el preoperatorio. No suele haber problemas por un pequeño período de sobredosis pero las complicaciones por disminución de la misma pueden ser serias. El día de la operación debe administrarse 300 mg de hidrocortisona en dosis divididas.
- 8) alcohol o consumo de drogas: son en general malos candidatos para la cirugía ambulatoria. El alcoholismo crónico está asociado a trastornos metabólicos serios y los drogadictos suelen tener endocarditis, infecciones superficiales, hepatitis o tromboflebitis.
- 9) terapia con drogas psicotrópicas: con excepción de los inhibidores de la MAO, las drogas psicotrópicas no interactúan con los anestésicos.

En un estudio sobre la frecuencia de las enfermedades preexistentes y su incidencia en las complicaciones postoperatorias, Natof <sup>104</sup> refirió los siguientes resultados (cuadro 2):

CUADRO 2  
Enfermedades preexistentes

Entidad patológica	Pacientes	
	n	%
Hipertensión	560	22,9
Asma	373	15,3
Nefropatía	256	10,5
Cardiopatía	229	9,4
Trastornos del sistema nervioso central	180	7,4
Enfermedad hepática	161	6,6
Obesidad	147	6,0
Diabetes	107	4,4
Alergias múltiples	95	3,9
Neumopatías	83	3,4
Artritis	62	2,5
Hipotiroidismo	44	1,8
Enfermedad gastrointestinal	36	1,5
Hipoglucemia	22	0,9

Natof describió que en un medio para pacientes ambulatorios bien controlado, la mayoría tenía resultados excelentes, ya que el estrés aunado a la cirugía ambulatoria no pareció aumentar la frecuencia de complicaciones comparado con un grupo sin enfermedad general.

#### Factores Psicológicos

El estado psicológico es importante. Los que tienen problemas psiquiátricos no deben ser de cirugía ambulatoria por tener potencialmente problemas. Deben tener siempre una contención familiar para después de la operación.

Uno de los objetivos y bondades de la cirugía ambulatoria es atenuar el efecto emocional de la intervención. Se aplica tanto a adultos como a niños y se logra mediante una atmósfera más relajada, atención más individual y personalizada y más tiempo para una relación estrecha y reconfortante que en el medio hospitalario.

Se han descrito a fondo los efectos emocionales adversos del ingreso a un hospital y el valor de que los padres participen en la atención de sus hijos, sobre todo cuando se efectúa una operación. Steward <sup>129</sup> demostró que el tratamiento ambulatorio ofrece especial beneficio en el aspecto de la angustia por la separación. La mayor alteración emocional parece presentarse en los menores de cinco años. La cirugía ambulatoria tiene el propósito de reducir el tiempo de separación entre hijos y padres, y hoy se acepta que los niños tienen menos efectos adversos de su experiencia quirúrgica y vuelven con mayor rapidez a la normalidad que cuando se les hospitaliza.

*Riesgo anestésico*

Se ha visto que es útil clasificar a quiénes van a ser sometidos a una anestesia en seis clases y una subclase denominada Urgencias. Esta clasificación elaborada por la Sociedad Americana de Anestesiólogos en 1963<sup>29</sup> se resume en:

**Clase I:** no existe alteración orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica. El proceso patológico que ocasiona la intervención esta localizada y no entraña una alteración general. Son ejemplos: un paciente sano con hernia inguinal ó fibrosis uterina en una mujer por lo demás sana.

**Clase II:** pacientes con alteraciones generales leves a moderadas, producidas ya sea por el trastorno que se va a tratar quirúrgicamente o por otros procesos. Ejemplos son la cardiopatía orgánica poco o nada limitante, diabetes leve, hipertensión esencial o anemia. Algunos prefieren incluir las edades extremas en esta categoría (el neonato o el octogenario), aunque no haya enfermedad general discernible. La obesidad extrema y la bronquitis crónica pueden enlistarse en esta categoría.

**Clase III:** alteración o enfermedad general grave de cualquier origen, aún cuando sea imposible definir con precisión el grado de incapacidad que genera. Son ejemplo de ella cardiopatía orgánica con limitación extrema, diabetes avanzada con complicaciones vasculares, insuficiencia pulmonar moderada a grave, angina de pecho o antecedentes de infarto de miocardio.

**Clase IV:** enfermedades generales graves que ponen en peligro la vida y no siempre susceptibles de corrección quirúrgica. Ejemplo: cardiopatías orgánicas con signos intensos de insuficiencia, angina persistente o miocardiitis activa y grados avanzados de insuficiencia pulmonar, hepática, renal o endocrina.

**Clase V:** paciente moribundo con pocas posibilidades de supervivencia, pero se interviene como medida extrema. Es el caso de aneurisma abdominal roto con "shock" profundo, traumatismo cerebral grave con elevación progresiva de presión intracraneal y embolia pulmonar masiva. Casi todos estos enfermos requieren una operación como medida de reanimación y con poca o ninguna anestesia.

**Operación de Urgencia:** se considera que un paciente de cualquiera de las clases anteriores a quien se interviene de urgencia está en peores condiciones. Se anota la letra E a la clasificación numérica. Así pues, cuando existe una hernia que se estrangula súbitamente y genera náuseas y

vómito, se le clasifica como clase IE.

La morbilidad y mortalidad aumenta a medida que aumenta el ASA<sup>37</sup> así como el correcto monitoreo y mejoramiento del estado ASA disminuye las complicaciones.

En un trabajo sobre criterios para selección de pacientes, Meridy<sup>37</sup> propone que todos deben corresponder a las clases I o II. Por el contrario Beryman<sup>12</sup> considera innecesario y arbitrario rechazar los de clase III y ofrece pruebas de que la morbilidad y mortalidad no se ven influidas al incluir personas más enfermas para este tipo de atención. En el North Carolina Memorial Hospital, que cuenta con 14 años de experiencia en cirugía ambulatoria, se acepta aún a pacientes clase IV para procedimientos que pueden realizarse bajo bloqueo de nervios periféricos. Hasta la fecha los pacientes de esta categoría suman solo 75 y no se han presentado complicaciones<sup>44</sup>.

También se ha informado de otros centros en los que se realizan de urgencia procedimientos ambulatorios relativamente menores sin complicaciones. Algunos de los más frecuentes son extracciones de cuerpos extraños, sutura de laceraciones y reducción cerrada de fracturas bajo anestesia regional o general<sup>44</sup>.

En este contexto es interesante observar que en Estados Unidos, el Comité especial para la atención de enfermos ambulatorios de la "Joint Commission on Accreditation of Hospitals"<sup>77-</sup> no hace recomendaciones específicas en cuanto a qué pacientes deben aceptarse o rechazarse. Las limitaciones dependen sobre todo el tipo y duración de las intervenciones, y la anestesia rara vez es factor limitante, ya que se dispone de anestésicos de acción corta y cada vez se emplean más anestesia regional y local. De hecho puede cuestionarse aún la importancia de la duración y tipo de procedimiento, dada la experiencia de los médicos en "Blue Ridge Day Surgery", quienes han realizado más de 30 mastoidectomías en pacientes de bajo riesgo de 6 a 55 años de edad<sup>44</sup>. Los datos y discusiones de Detmer<sup>45</sup> apoyan la expansión de la cirugía ambulatoria, y la anestesia debe mantenerse a la par con la necesidad de ampliar este tipo de atención. La anestesia no debería ser factor limitante, siempre que el anestesiólogo conozca al paciente antes de la operación, de preferencia con varios días de anticipación y que tanto el enfermo como el cirujano sigan las recomendaciones específicas.

*Negativas del paciente a operarse en forma ambulatoria*

Existen individuos que se sienten inseguros si no se les hospitaliza. Ellos deben recibir una explicación minuciosa de que sus condiciones generales son buenas y que no sufren de alguna enfermedad importante; también se les debe explicar cómo es la institución, el procedimiento propuesto, la mecánica de su estancia en la unidad, cuanto tiempo se calcula que estarán allí y las condiciones y

recuperación postoperatoria que se esperan en su caso. Si esto se realiza correctamente, casi todos los enfermos que al principio dudaron, eligieron el servicio ambulatorio. Esa es nuestra experiencia en el Hospital de Clínicas en donde solamente en procedimientos de cirugía general se negaron a esa posibilidad el 3% de los enfermos. No obstante, en los pocos que insistan en la hospitalización, dando razones convincentes, debe accederse a la petición. En ese sentido, el "American College of Surgeons" ha establecido que este factor es excluyente aún en los procedimientos que normalmente se efectúan en forma ambulatoria<sup>2</sup>. Su número se ha reducido en años recientes en los países en donde más pacientes y público en general se informan más sobre la cirugía ambulatoria y comprenden sus pocos riesgos y muchas ventajas. Por el contrario existen pacientes que quieren cirugía ambulatoria por la difusión que se ha hecho a pesar de su cirujano ser renuente<sup>111-124</sup>.

#### Factores sociales

La asistencia que el operado puede tener en su casa es extremadamente importante. Aún cuando la mayor parte puede realizar sus necesidades habituales por sí mismos, requerirán alguna ayuda para levantarse de la cama, preparar alimentos, ir al baño, hacer compras y mantener su casa. Consecuentemente el que vive solo o en condiciones marginales, no es un candidato para cirugía ambulatoria. En algunos lugares se solicita al Servicio Social o Agencias de Servicio Social, así como a enfermeras domiciliarias.

La distancia entre el hospital y el domicilio también es importante. El operado puede viajar sin molestias hasta 1 hora. En algunos casos prefieren pasar la noche en un hotel cercano al centro de cirugía ambulatoria, pero no es fácil en nuestro país.

En estados Unidos algunos pacientes son aceptados para cirugía ambulatoria, ya que su postoperatorio se realiza en casas de retiro con enfermería, instituciones educacionales o aún en prisiones. En estas circunstancias, se provee de una satisfactoria observación postoperatoria, suplementación de necesidades, alivio del dolor y eventual sedación. De acuerdo al tipo de institución, estos cuidados son dados por médicos, asistentes, enfermeras o técnicos entrenados para supervisión.

En el Hospital de Clínicas los criterios seguidos para la selección de pacientes de Cirugía ambulatoria han sido:

- 1) procedimientos quirúrgicos aceptados por cada división del Departamento Quirúrgico;
- 2) riesgo anestésico tipo ASA I o ASA II (en este último caso previa consulta con el anestesiista);
- 3) aceptación del paciente;
- 4) ausencia de alteraciones psicológicas y
- 5) medio socioeconómico consistente con medio de trasla-

do, acompañante, teléfono y distancia.

#### EVALUACION PREOPERATORIA

##### Historia clínica

Una vez que se consideran satisfechos los requisitos fisiológicos, psicológicos y sociales para cirugía ambulatoria, el cirujano tiene la responsabilidad de: 1) una historia clínica con los estudios de laboratorio y radiológicos; 2) obtener el consentimiento y 3) hacer la intervención

El tipo y extensión de la historia clínica (que suele realizarse en el consultorio externo) varían y en algunos centros de cirugía ambulatoria se emplean las mismas que para hospitalizados; casi todas las unidades han adoptado una forma breve.

Para los que van a ser sometidos a procedimientos de cirugía general, en el Hospital de Clínicas utilizamos la siguiente: (ver página 14).

En la historia clínica debe prestarse atención a las enfermedades pre-existentes cardiovasculares, pulmonares y enfermedades metabólicas y la estabilidad de estas enfermedades debe ser evaluada. Debe identificarse alergia a drogas, medicamentos que está ingiriendo (incluyendo aspirinas).

El examen físico debe incluir la evaluación de los sistemas que pueden alterarse con la operación (ejemplo la próstata en añosos que serán sometidos a una operación de hernia). El cuestionario de salud preoperatorio utilizado en la Universidad de San Francisco en el centro de Cirugía ambulatoria resume los datos que deben ser tenidos en cuenta: (ver página 15).

#### ESTUDIOS DE LABORATORIO Y RADIOLOGIA

Lo ideal es que el cirujano (de acuerdo con el anestesiólogo cuando sea pertinente), evalúe las pruebas necesarias para cada caso en especial evitando los estudios múltiples estandarizados que desde el punto de vista costo-beneficio no han dado resultado. En un estudio reciente Johnson<sup>76</sup> analizó prospectivamente la necesidad de las pruebas que rutinariamente se piden en el preoperatorio, demostrando que el 9% de los hemogramas revelaron algún dato patológico, el 39% de los análisis de orina y el 66% de los electrocardiogramas también demostraron algún dato patológico, pero en ningún caso esas anomalías implicaron alguna modificación de la selección de los pacientes o alguna medida en el pre o intraoperatorio. Concluye que no deberían pedirse a todos los pacientes, ya que cuando hubo

PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA  
EVALUACION PREOPERATORIA

Nombre ..... Edad ..... Sexo .....  
 Dirección ..... T.E. ....

Diagnóstico .....

Intervención planeada .....

Tipo de anestesia programada : Local ..... Peridural ..... General .....

Estudios solicitados : Hemograma Urea Glucemia Coagulación y Sangría

KPTT Rx de Tórax ECG

Examen Físico: Consignar las alteraciones encontradas .....

Presión Arterial .....  
 Peso .....

Antecedentes a consignar: tabaquismo .....  
 alcoholismo .....

Operaciones anteriores .....  
 Ingesta de medicamentos .....

Alteraciones Psicológicas No ..... Si .....

Evaluación Anestésica:

ASA I ASA II ASA III ASA IV

Factores sociales: posibilidad de medios de transporte .....  
 acompañante .....  
 teléfono .....

Conformidad del paciente:

valores patológicos, los mismos se podían inferir por la historia clínica y su reemplazo por métodos menos costosos (hematocrito y las cintas indicadoras para la orina) y la utilización del electrocardiograma sólo cuando se sospecha anomalías por la historia clínica (el grupo de pacientes estudiados tenía un media etaria de 64 años). En todos los pacientes, además de las pruebas o análisis indicados por el procedimiento a tratar, siempre se pide un estudio de coagulación. En todos los que van a ser sometidos a anestesia general se requiere una radiografía de tórax (a menos que se haya tomado en fecha reciente y se confirmase la exactitud del informe).

La "Joint Commission on Accreditation on Hospital" (JCAH) de Estados Unidos<sup>78</sup>, propone que cuando se brinden servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios, las normas y procedimientos deben ser congruentes con las que se aplican a cirugía, anestesia y recuperación postoperatoria en hospitales. No debe existir doble norma para la atención quirúrgica. No hay razón para pedir más ni menos. Los enfermos deben recibir todo lo que necesitan o requieren, pero no en exceso. No se justifica excederse tan solo por seguridad.

SECUENCIA EN LA ATENCION DE CIRUGIA  
AMBULATORIA

Es deseable que se efectúe una visita preoperatoria al centro de cirugía ambulatoria para que se familiaricen con los ambientes físicos y el personal. Se aprovecha para requerir todos los estudios y dar las instrucciones. Estas últimas deben ser escritas o estar incluidas en un Cuadernillo de Instrucciones que tendrá:

- 1) lugar y fecha de la operación;
- 2) explicaciones sobre el procedimiento;
- 3) preparación preoperatoria (ayuno, medicamentos, etc);
- 4) instrucciones postoperatorias y
- 5) teléfono del cirujano responsable.

Adjuntamos el cuadernillo utilizado en el Departamento Quirúrgico del Hospital de Clínicas.

En las instrucciones postoperatorias, Davis<sup>44</sup> propuso utilizar las primeras cinco letras del abecedario para recordar los tópicos que deben explicarse:

**UCSF CENTRO QUIRURGICO**  
**CUESTIONARIO DE SALUD PREOPERATORIO**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Contestado por: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_  
 Operación planeada \_\_\_\_\_ Cirujano \_\_\_\_\_  
 Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Mejor hora p/ llamar \_\_\_\_\_

**ESTADO GENERAL**

	SI	NO ?	COMENTARIOS
1. ¿Hace ejercicio regularmente ?(Describa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ¿Está limitada en su actividad diaria? Describa su actividad diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. ¿Está o estuvo recientemente enfermo (catarro, fiebre, escalofríos o resfrío)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. ¿Es usted ALERGICO a alguna medicina? Lista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Mujer: ¿Puede estar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. ¿Fuma o fumó alguna vez? (Cantidad de paquetes por día y por cuantos años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. ¿Toma alcohol? (Cuanto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. ¿Tiene Tos productiva? (Describa cambios recientes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**9. LISTA DE MEDICAMENTOS Y/O DROGAS QUE TOMA**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLINICA**

10. ¿ Tiene o tuvo algún problema de corazón ? (Describa la naturaleza del problema. Ej: dolor de pecho, hipertensión, ataque cardíaco, ECG anormal, pulso irregular.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. ¿ Tiene o tuvo algún problema con sus pulmones o tórax? Describa la naturaleza del problema: respiración cortada, dolores de pecho, enfisema, bronquitis, asma, TBC, radiografía de tórax anormal).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. ¿ Tiene usted o algún familiar un problema serio de sangrado? (Ej.: sangrado prolongado por nariz, dientes, encías, extracciones dentarias, cirugía).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. ¿Estuvo alguna vez anémico? (Tuvo alguna vez materia fecal negra, alquitranada, períodos con abundante sangrado, vómitos, como borra de café).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. ¿Usted tiene diabetes? (Se levanta de noche a orinar, tiene excesiva sed).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. ¿Usted tuvo algún problema con ? - Hígado (¿cirrosis, hepatitis, malaria ictericia?) - Riñón (¿cálculos, infección, diálisis, falla?) - Sangre (¿anemia, leucemia, drepanocitosis?) - ¿Tiroides? - ¿Espalda o cuello? - ¿Espasmos o calambres musculares? - Aparato Digestivo (¿ardor retroesternal, hernia hiatal, úlcera).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
16. ¿Tuvo alguna vez? - ¿Frecuente y/o severo dolor de cabeza ? - ¿Epilepsia, convulsiones, ataques? - ¿Fracturas o debilidad de pierna o brazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
17. ¿Fue tratado por cáncer con radioterapia o quimioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**18. LISTA DE TODAS SUS ENFERMEDADES**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 19 LISTA DE TODAS SUS OPERACIONES

---



---



---



---

## ANESTESIA Y CIRUGIA

20 ¿Tuvo usted o algún pariente problemas con anestesia o cirugía? (Náuseas, vómitos, hipertermia, ansiedad, somnolencia prolongada).


---

21 ¿Tuvo problemas para caminar?


---

22 ¿Tiene preocupaciones por la anestesia? (Ansiedad, miedo, preguntas).


---

23 ¿Tiene alguna preocupación por su operación? (Ansiedad, miedo, preguntas).


---

24 ¿Tiene caries, pérdida de dientes, dentadura, coronas, puentes, refuerzos?


---

25 Comentarios adicionales

---

A = "Activity" (Actividad): Se refiere al tipo que se puede realizar (caminar, subir escaleras, etc);

B = "Bathing" (Baño) indicando el modo que se puede tomar (ducha, inmersión);

C = "Clothing" (ropa) explica qué tipo de vestimenta, uso de fajas u otro tipo de ropa;

D = "Drugs" (medicamentos) indica los analgésicos, antieméticos, laxantes, etc y

E = "Eat" comida, indica el tipo de dieta a seguir.

El seguimiento cuidadoso de los sometidos a cirugía ambulatoria es esencial para detectar complicaciones y asegurar a los pacientes que aunque estén en su domicilio siguen bajo vigilancia del médico y de la institución.

Pocas cosas son tan confortantes para un operado que el saber que se contactarán con él en el postoperatorio y estarán a su disposición si existiera algún problema.

En la década del 70, cuando en Estados Unidos se comenzó con la cirugía ambulatoria, una enfermera visitaba a todos los pacientes dentro de las primeras 24 horas. Se registraba la condición física, el estado de la herida operatoria, el estado mental y las preocupaciones de los enfermos. Posteriormente se constató que la misma sensación de cuidado continuo se puede obtener mediante el contacto telefónico, ya sea con el cirujano o una enfermera competente 44-48-83-140.

Actualmente en todo Estados Unidos se llama por teléfono durante las primeras 24 horas. El mismo sistema hemos implantado en el Hospital de Clínicas preferente-

mente a cargo del cirujano o del equipo quirúrgico. Pero también lo puede hacer una enfermera adiestrada que sigue pautas y forma parte del programa de cirugía ambulatoria. A continuación transcribimos las pautas para el control telefónico: (ver página 17).

## COMPLICACIONES

Son las que se producen como consecuencia de una operación ambulatoria o por enfermedad preexistente exacerbada por el acto quirúrgico. Pueden agruparse según su importancia en:

1) *Complicaciones mayores:*

I. Hemorragia, infecciones,

II. Agudización de enfermedades pre-existentes.

En ambos casos puede haber readmisión a la unidad de cirugía ambulatoria.

2) *Complicaciones menores:*

Náuseas, vómitos, retención urinaria, dolor.

La mayor parte de las complicaciones ocurre entre los pacientes con factores de riesgo específicos (muy jóvenes o muy añosos, diabéticos insulino dependientes, obesos mórbidos, alcoholistas, con alteraciones psicológicas). En

PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA  
PAUTAS DE CONTROL TELEFONICO

Llamada por teléfono en las 24 horas del posoperatorio

Paciente:			Teléfonos:	
1.-	Está cumpliendo con las indicaciones sobre actividad física:	Sí	No	Porqué?
2.-	Está tolerando la ingesta de	Líquidos	Sólidos	
3.-	Tiene Náuseas	Vómitos	Nº de episodios	
4.-	Dolor	No		
	Localización	Analgésico ?	Si Duración	
5.-	¿Hay drenaje por la herida operatoria?	Es efectivo?	No	Si
		que características	No	Si
6.-	¿La herida está edematizada o roja ?			
7.-	Tiene:			

Discomfort muscular  
Dolor de garganta  
Dolor de cabeza  
Fiebre  
Mareos

Encuesta realizada por

Firma

Fecha :

Hora:

un estudio sobre 32.000 pacientes en un centro de cirugía ambulatoria <sup>115</sup> ocurrieron 223 complicaciones mayores (cuadro 3).

CUADRO 3  
Complicaciones

Complicación	Número de Pacientes	
	n	%
Hemorragia	138	61
Infección de herida	24	11
Otras infecciones	26	12
Vómitos persistentes	11	5
Flebitis	8	4
Laringoespasmos	5	2,2
Reacciones Psicósomáticas	4	1,7
Reacciones Alérgicas	3	1,3
Perforación de útero	2	0,9
Episodios sincopales	2	0,9

En general se mencionan menos complicaciones que en los mismos procedimientos tratados con internación, especialmente una menor tasa de infección <sup>10-103-123</sup>. Davis <sup>43</sup> refiere un estudio de Izart en el cual el 17% de

niños que se operan de hernia internados adquirieron una infección respiratoria o del tracto gastrointestinal. Other- sen y Catworthy <sup>107</sup> vieron que esa incidencia fue reducida en un 50 a 70% aún cuando se realizaron los mismos procedimientos en forma ambulatoria. Williamson <sup>139</sup> en 3000 cataratas en forma ambulatoria, refiere una disminución de infecciones respiratorias y de embolismo pulmonar en pacientes añosos.

Zoutman <sup>143</sup> tomó de un grupo de 635 pacientes sobre un total de 2540 (25%) que fueron operados en forma ambulatoria, estudiando en forma prospectiva las infecciones de la herida operatoria; realizó una encuesta telefónica hasta 1 mes después de la cirugía. El 72% había tenido una operación limpia y el 28% limpia contaminada; no tenían factores de riesgo para infección. Fueron demostradas 26 infecciones (19 diagnosticadas por médicos y 7 descritas por el paciente) que representa el 5,05%. Sólo 2 fueron hospitalizados por la infección y 14 recibieron antibióticos. La infección de una herida limpia fue de 4,62% (la mitad de la relatada en la misma institución para internados). La diferencia significativa en la disminución de la tasa de infección podría también deberse en parte a los menores factores de riesgo en los pacientes ambulatorios.

Otro estudio prospectivo fue de Natof <sup>103</sup> evaluando 13.433 pacientes durante 2 semanas. El 83% fue operado con anestesia general y el 97% tenía riesgo anestésico ASA I a II y el 3% ASA III. Se complicaron en ese grupo 106

pacientes (0,008%), siendo la complicación más frecuente la hemorragia (74 de 106), luego las infecciones (10 de 106) (3 de la herida operatoria, 3 endometritis post-curetaje, 2 neumonías y 2 infecciones traqueobronquiales).

La hemorragia es la complicación más frecuente en los procedimientos otorinolaringológicos, especialmente la amigdalectomía. Sin embargo Chiang<sup>26</sup> en 40.000 operaciones (estudio cooperativo en cirugía ambulatoria) encontró una incidencia muy baja, sin mortalidad; en la serie del Northwest Surgicare la incidencia fue del 1,73%, lo cual es baja comparada con la tasa del 4 al 8% referidas para internados<sup>32</sup>. Otros estudios refieren también ventajas en los procedimientos realizados en forma ambulatoria. Brownstein y Owsley<sup>18</sup> en 227 mastoplastias registraron un 2,6% de infecciones y un 5,8% de hematomas. Williams<sup>138</sup> en 608 mastoplastias ambulatorias refiere 1,5 de infecciones y 2% de hematomas.

Una situación compleja es la necesidad de tener que internar un paciente como consecuencia de alguna complicación y adquiere mayor dificultad cuando se trabaja en un centro de cirugía ambulatoria independiente de un hospital. La "Free-Standing Ambulatory Surgical Association"

realizó una encuesta en 49 centros desde 1978 sumando 283.658 procedimientos con un índice de internación de sólo 0,007.

En general el porcentaje de readmisión varía del 0,1 al 4%<sup>63-75</sup>. En un estudio controlado de 9.600 pacientes en un hospital universitario desde 1984 hasta 1986, la incidencia de internación fue del 0,01%. Las razones fueron debidas más al tipo de anestesia y al procedimiento quirúrgico que a las características del paciente con la edad, enfermedades asociadas, etc.. Las causas más frecuentes fueron hemorragias, dolor y vómitos.

Johnson<sup>75</sup> durante 5 años de cirugía ambulatoria de ginecología, traumatología y cirugía general con 10.000 pacientes registró un 0,7% de internaciones, siendo las causas: procedimientos prolongados, dolor y complicaciones de la anestesia. Las náuseas y vómitos constituyeron una causa infrecuente de internación; desde que se usan fármacos anestésicos de corta duración se ha disminuído la tasa de estas complicaciones (12 casos en los primeros 3 años y 2 en los últimos 2 años). Para este cirujano se debe evitar los procedimientos que requieran una anestesia general mayor de 60 minutos.

## V. ANALISIS DE LA ENCUESTA DE CIRUGIA AMBULATORIA

La poca difusión que ha tenido en nuestro país la implementación de cirugía ambulatoria nos indujo a investigar los motivos que llevaron a esta actitud, contraria a la experiencia de varios países. La instrumentación de este análisis se realizó mediante una encuesta dirigida a cirujanos de todo el país en forma anónima para evitar distorsiones o sesgos en algunas respuestas.

Los objetivos fueron:

- 1) investigar en que porcentaje se realiza actualmente procedimientos de cirugía general en forma ambulatoria y en que ámbito se desarrolla esta actividad;
- 2) cuál es el concepto sobre la necesidad de implementar un programa de cirugía ambulatoria y sus eventuales ventajas;
- 3) cuáles son las expectativas para el futuro tomando en cuenta tres procedimientos de posible realización en forma ambulatoria;
- 4) cuáles son las dificultades actuales por las que no se realiza cirugía ambulatoria.

### Método

El modelo de encuesta elaborado para los objetivos

propuestos fue: (ver página 19).

### Resultados

Se analizaron 187 encuestas correspondientes a 90 cirujanos de la Capital Federal y 97 a las distintas provincias. Los cirujanos consultados tuvieron una media de 17 años de médicos y tanto los de la Capital Federal como aquellos del resto del país, opinaron favorablemente con respecto a su implementación en nuestro país (gráficos 1 y 2). Las ventajas de su desarrollo serán para el paciente y el seguro médico, no así para los cirujanos, la mayoría de los encuestados coincidían en que no daba ninguna ventaja (gráficos 3,4,5, 6, 7 y 8).

El procedimiento quirúrgico que más frecuentemente se realiza en forma ambulatoria de los encuestados es el que corresponde a la cirugía de las várices, estimándose que en el futuro se podrá hacer en un 72,8% en forma ambulatoria (gráficos 9,10,11,12,13 y 14). No existieron diferencias significativas cuando se comparó las encuestas realizadas en Capital Federal con respecto a las distintas provincias (gráficos 15, 16, 17, 18, 19 y 20).

Entre las dificultades referidas para la implementación

## ENCUESTA SOBRE CIRUGIA AMBULATORIA

La presente encuesta tiene como objetivo evaluar las expectativas de los médicos cirujanos sobre un eventual desarrollo de la cirugía ambulatoria (operaciones realizadas en pacientes no hospitalizados bajo cualquier tipo de anestesia en los cuales es necesario un período de recuperación u observación postoperatoria). Agradeciendo su amable colaboración, sus conclusiones serán expuestas en el 62º Congreso Argentino de Cirugía con motivo de haber sido designado Relator Oficial sobre el Tema.

Instructivo: la encuesta es anónima y en todas las preguntas pueden marcarse una o más opciones.

- 1) Año en el cual obtuvo su título de médico .....
- 2) Lugar de Trabajo: a.- Capital, b.- Provincia (indique cual) .....
- 3) ¿Cae conveniente que la cirugía ambulatoria se implemente en nuestro país: Si No
- 4) ¿Pienso que la cirugía ambulatoria presenta ventajas para
- el paciente
  - el cirujano
  - el seguro médico a cargo del pago de los gastos del paciente
  - no tiene ninguna ventaja
- 5) Indique si los procedimientos quirúrgicos que se describen a continuación son realizados por usted en forma ambulatoria. En caso afirmativo en que porcentaje aproximado (% actual) y a que porcentaje se podría llegar de contar con un centro de cirugía ambulatoria desarrollado adecuadamente (% futuro).

Procedimiento	Cirugía Ambulatoria		% Actual	% Futuro
	Si	No		
Plástica de hernias				
Cirugía de várices				
Hemorroidectomía				

6) Jerarquice con un puntaje de 1 a 10 los motivos por los cuales usted no realiza (o lo hace en número reducido) cirugía ambulatoria.

- No dispone de estructura física adecuada
- No dispone de vigilancia domiciliaria postoperatoria
- Por las características socioeconómicas de los pacientes
- Puede existir mayores posibilidades de complicaciones postoperatorias
- El paciente no acepta la cirugía en forma ambulatoria
- Implica mayor riesgo en caso de demanda legal por responsabilidad profesional
- Puede significar una menor retribución de sus honorarios por el Seguro Médico

7) En caso de estar cirugía ambulatoria, donde la realiza:

- Hospital Público
- Hospital Privado o Sanatorio
- Centro de Cirugía Ambulatoria

Comentarios y/o surgencias .....

de esta modalidad de tratamiento quirúrgico (figura 21), se destaca la falta de vigilancia domiciliaria y el temor por las demandas legales.

Comentarios

Es evidente que la cirugía ambulatoria aún no está

desarrollada en nuestro país. Solamente el 29% de los cirujanos encuestados tienen alguna experiencia, siendo además ésta pequeña con respecto al porcentaje en que realizan algunos de los procedimientos más habituales de la cirugía ambulatoria como es la herniorrafia. Sin embargo casi todos están de acuerdo en que debería implementarse y que las ventajas serían no solamente para el seguro médico, por los efectos del ahorro de internación, sino

además para el paciente. Efectivamente, como ya ha sido analizado, la puesta en marcha de un programa de este tipo tiene ventajas para todos los implicados, siendo las más notorias para el paciente: mayor satisfacción con el alta el mismo día, atención más personalizada, disminución de los riesgos de infección nosocomial y rehabilitación más rápida; para el cirujano, la posibilidad de atención más directa y adecuada, evitando el papeleo burocrático en hospitales con demoras en el ingreso de pacientes, autorizaciones prolongadas en ocasiones por falta de camas y eventualmente cambiando la forma de pago por los seguros médicos, podría significar una mejora en sus honorarios. Para el seguro médico es evidente que la ventaja más notoria es la reducción de costos. En el caso de las Obras Sociales puede significar un mecanismo idóneo para distribuir en forma más eficiente los gastos de salud, priorizando las enfermedades que requieran más complejidad en su tratamiento sin disminuir la calidad de atención en los pacientes con procedimientos de cirugía ambulatoria.

Con respecto a los procedimientos encuestados, las hernioplastias constituyen el modelo típico de una cirugía que puede realizarse en forma ambulatoria. Si bien el porcentaje actual en la Argentina es bajísimo, muchos cirujanos estiman que sería más elevado en caso de contar con un programa de cirugía ambulatoria. En los países en donde esta modalidad se encuentra desarrollada, el promedio de hernioplastias ambulatorias es mayor al 80%<sup>39</sup>, existiendo en la actualidad en algunos de ellos la necesidad de justificar la internación ante los seguros médicos cuando no se opta por esta forma de tratamiento. La experiencia mundial es vastísima con respecto a su posible implementación y a la ausencia de complicaciones inherentes al tipo de atención. En nuestra experiencia, si bien pequeña, con una selección adecuada de pacientes no existen inconvenientes en realizar estas operaciones. Las ventajas de no internar a los pacientes sometidos a hernioplastias es aún mayor en caso de tratarse de chicos, en donde en el Hospital de Clínicas existe experiencia desde 1965 (Dr. Perianes)<sup>110</sup>, totalizando más de 1.500 operaciones.

La cirugía de las vértebras del miembro inferior son sin duda un claro ejemplo de cirugía ambulatoria, y no existen dudas con respecto a la posibilidad de implementar esta forma de proceder<sup>34-40</sup>. Su realización, aún sin contar con un programa de cirugía ambulatoria, es la más frecuente en nuestro país.

La cirugía de hemorroides es evidentemente la más problemática, ya que si bien otros procedimientos anorrectales como son la ligadura de hemorroides, la criocirugía, fistulostomías o fistulectomías son indudablemente procedimientos de cirugía ambulatoria, la resección de dos ó más paquetes hemorroidarios conlleva la posibilidad de dolor y eventualmente hemorragia como complicación postoperatoria. Sin embargo, la experiencia en estos procedimientos ambulatorios ha sido relatada con buenos resultados, llegando en algunos centros el porcentaje a más del 60% de

Gráfico 1.- Conveniencia de su implementación en nuestro país

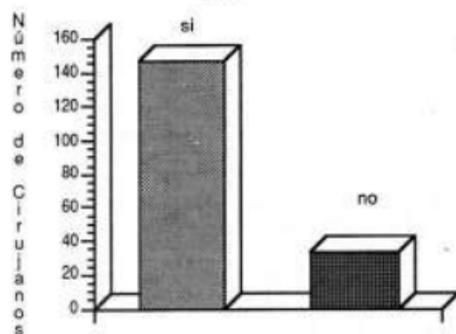


Gráfico 2.- Conveniencia de su implementación en nuestro país

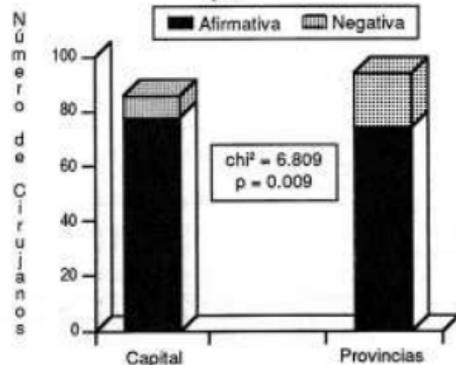
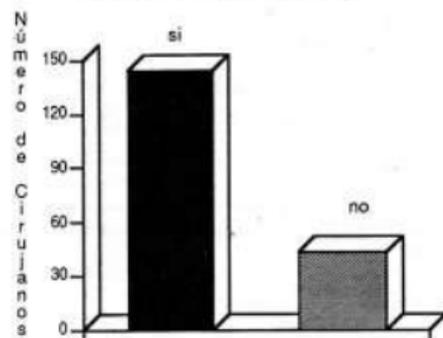


Gráfico 3.- Ventajas para el paciente



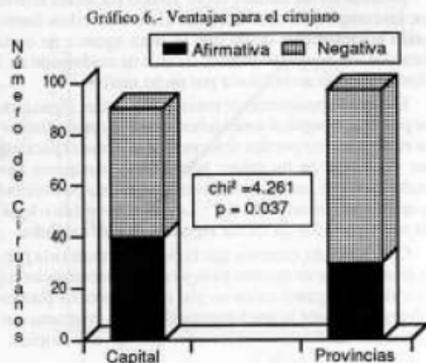
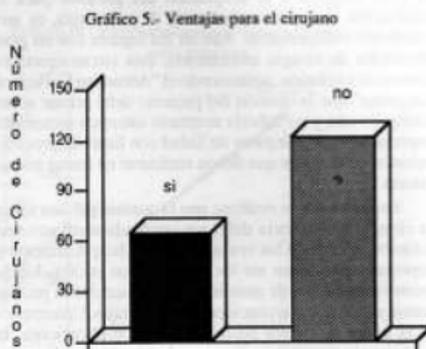
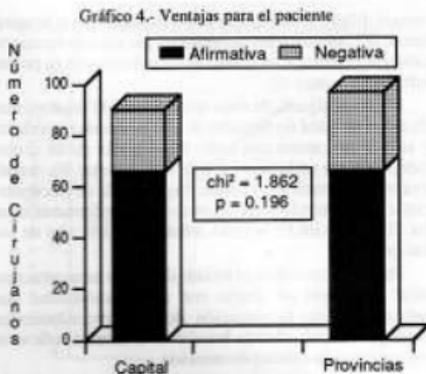
hemorroidectomías ambulatorias<sup>40</sup>. En nuestro medio, Manrique<sup>90-91</sup>, presentó recientemente una experiencia en las afecciones anorrectales realizadas en forma ambulatoria. La inyección submucosa de un anestésico local y el ablandamiento de la materia fecal evitando una constipación postoperatoria con la posibilidad de hemorragia en la primera deposición son puntos importantes para implementar este tipo de procedimientos ambulatorios. En nuestra experiencia los pocos casos tratados no tuvieron que ser readmitidos en nuestro hospital.

Los problemas actuales para desarrollar procedimientos quirúrgicos en forma ambulatoria han sido referidos fundamentalmente a las características socioeconómicas de los pacientes. Si bien en la población de pacientes hospitalarios esta condición sería importante, no obstante se pueden implementar algunos recursos que disminuyen el número de enfermos que son excluidos por esta situación. En algunas Obras Sociales se puede recurrir a que envíen un medio de transporte, cuando no dispone el enfermo de un auto para trasladarse a su domicilio en el momento del alta. Así lo hemos hecho en nuestro hospital con dos Obras Sociales, permitiendo de esa manera la inclusión a pacientes que de otra manera les hubiese sido imposible operarse en forma ambulatoria. De igual manera la distancia del hospital a su domicilio ha sido en nuestra experiencia un gran escollo, motivado por la dispersión en la atención de pacientes respecto a sus áreas geográficas.

La contención familiar requerida para el cuidado postoperatorio inmediato es otra característica que puede estar ausente en algunas capas sociales y debe ser investigada en el preoperatorio, ya que es causa de exclusión de este tipo de cirugía. Si bien algunas dificultades descritas en otros países se han solucionado implementando un cuidado posoperatorio con enfermeras especializadas, a cargo de los seguros médicos o en hoteles que rodean el centro de cirugía ambulatoria<sup>48</sup>, creemos que dichas soluciones están lejos, por el momento, de poder implementarse en nuestro país.

Otra condición señalada como una dificultad ha sido la falta de vigilancia postoperatoria. En ese sentido la experiencia de la mayor parte de los centros de cirugía ambulatoria indica que no es necesaria la visita domiciliaria (ya sea del médico o de una enfermera especializada) y que la realización de una llamada por teléfono en las primeras 24 horas es suficiente. Es decir que no es necesario contar con médicos que efectúen visitas domiciliarias, siendo suficiente indicar al paciente a quién debe recurrir en caso de inconvenientes o dudas, por lo cual es indispensable contar con un teléfono (del cirujano o de la institución). Aun este requisito mínimo en algunos pacientes por falta de teléfono, y en general por los problemas de comunicación que hasta la actualidad son frecuentes en nuestro país, puede significar un inconveniente en las Instituciones que se proponen efectuar una cirugía ambulatoria.

La estructura física adecuada para realizar este tipo de



cirugía difiere si uno quiere implementarla en un hospital donde se comparten los quirófanos y las salas de recuperación o se construye un centro independiente con su propia infraestructura.

Sin duda alguna, de estas modalidades la implementada en un hospital no requiere de una inversión importante y si bien no cuenta con todas las ventajas de un centro independiente sería muy fácil de implementar. En definitiva lo indispensable es contar con una Sala de Recuperación con el control anestésico necesario y enfermería hasta las 20 horas (límite horario habitual para el alta de los pacientes).

Por supuesto, como ya ha sido descrito, una estructura ideal contempla un diseño con una funcionalidad que permita no sólo la ejecución de estos procedimientos quirúrgicos, sino además brindarles el confort suficiente para mejorar la calidad de atención.

Con respecto a la aceptación del paciente para la realización en forma ambulatoria de su cirugía, es una condición indispensable. Aún en los lugares con un gran desarrollo de cirugía ambulatoria, esta circunstancia es motivo de exclusión, sosteniendo el "American College of Surgeons" que la opinión del paciente debe primar sobre cualquier otra y no debería aceptarse intereses sectoriales especialmente de Seguros de Salud con listas de procedimientos quirúrgicos que deben realizarse en forma ambulatoria.

Sin embargo, es evidente que la opinión pública sobre la cirugía ambulatoria debe ser orientada mediante una difusión, aclarando las ventajas sobre la hospitalización y especialmente deben ser los cirujanos los encargados de promover este tipo de atención, para lo cual deben previamente estar ellos convencidos de sus ventajas. Con respecto al temor de mayor posibilidad de complicaciones, la experiencia mundial ha demostrado que por lo contrario, existe una menor tasa de infecciones<sup>10,103-123</sup>.

Johnson en un estudio sobre 10.000 pacientes refiere que las complicaciones inherentes a la anestesia han disminuido notablemente desde que se usan agentes de corta duración, refiriendo solamente 2 casos de readmisión en 3 años de cirugía ambulatoria por dicho motivo<sup>75</sup>.

El aspecto posiblemente más temido, es que algunas de las posibles complicaciones inherentes a los procedimientos realizados, no pueden detectarse al no tener el paciente una vigilancia en un centro hospitalario y requiere una readmisión por las mismas. Sin embargo esta posibilidad es aproximadamente 0.01%<sup>63</sup>. Los aspectos médico legales son analizados en forma separada en otro capítulo.

Concluyendo, creemos que la cirugía ambulatoria puede desarrollarse en nuestro país, ya que los inconvenientes referidos en algunos casos no son tales y en otros pueden salvarse mediante la implementación de un programa que contemple las distintas situaciones que nos son propias.

Gráfico 7.- Ventajas para el seguro médico

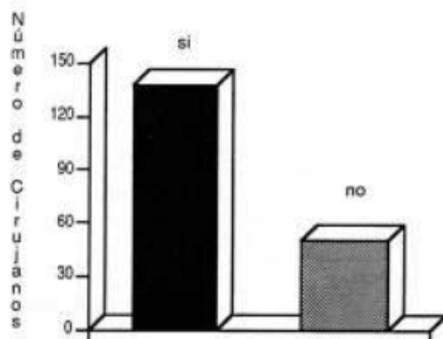


Gráfico 8.- Ventajas para el seguro médico

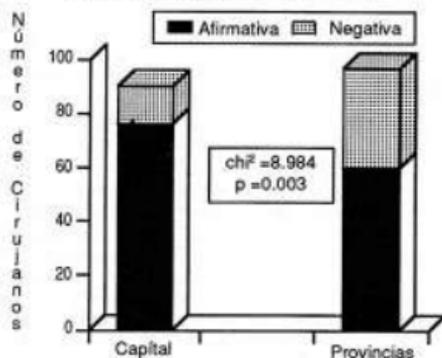


Gráfico 8.- Número de cirujanos que realizan plástica de hernias

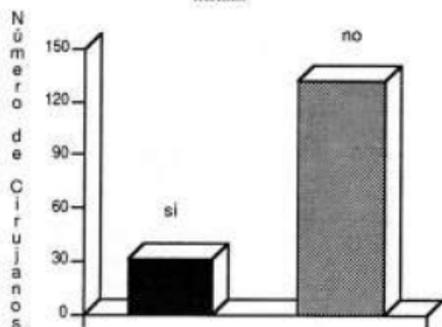


Gráfico 10.- Número de cirujanos que realizan cirugía de várices

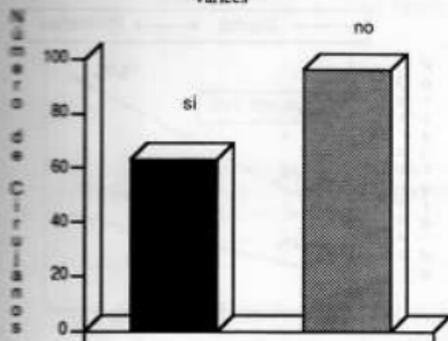


Gráfico 11.- Número de cirujanos que realizan hemorroidectomía

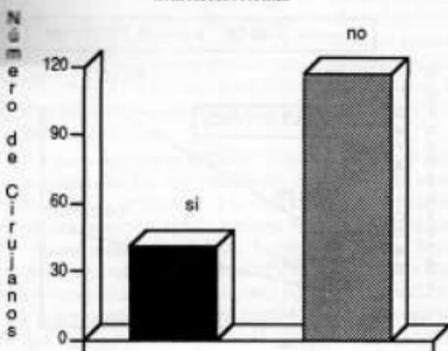


Gráfico 12.- Número de cirujanos que realizan plástica de hernias

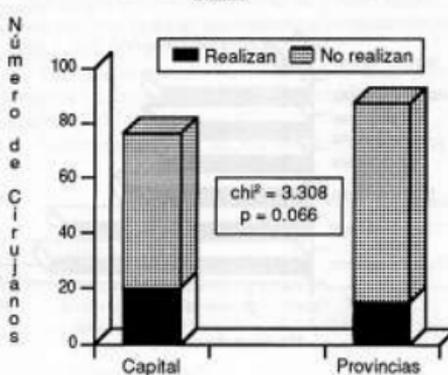


Gráfico 13.- Evolución esperada en várices operadas n=63 cirujanos

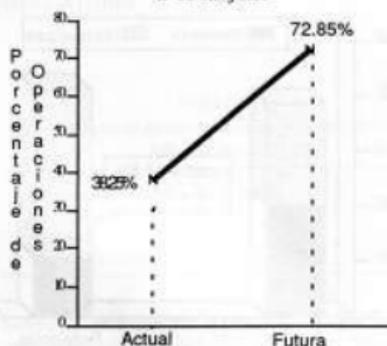


Gráfico 14.- Evolución esperada de hemorroidectomía n=41 cirujanos

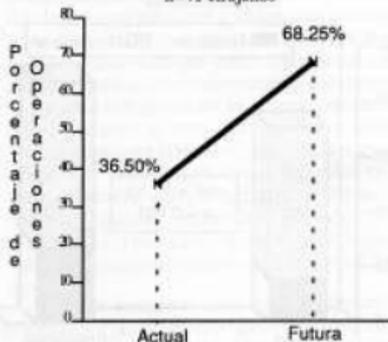


Gráfico 15.- Evolución esperada en hernias operadas n = 31 cirujanos

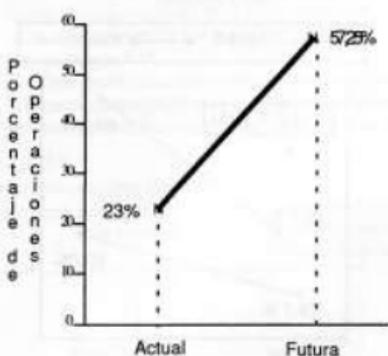


Gráfico 16.- Número de cirujanos que realizan cirugía de várices

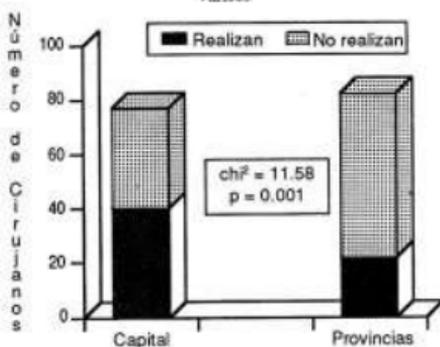


Gráfico 17.- Número de cirujanos que realizan hemorroidectomía

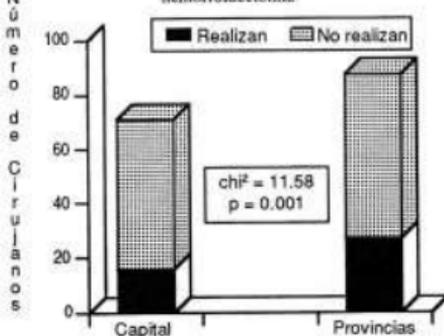


Gráfico 18.- Evolución esperada de hernias n=31 cirujanos

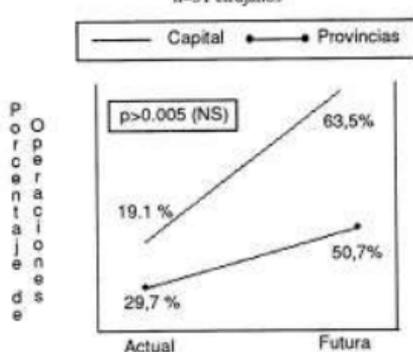


Gráfico 19.- Evolución esperada de várices n=63 cirujanos

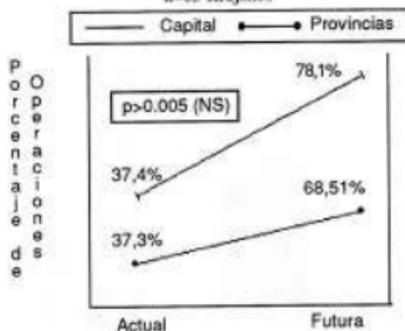


Gráfico 20.- Evolución esperada de hemorroidectomía n=41 cirujanos

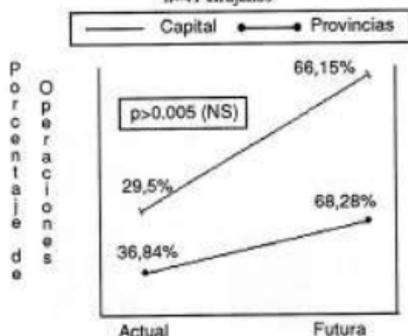
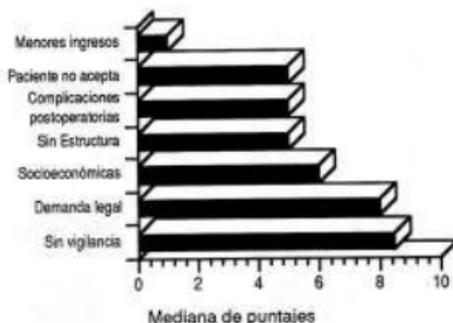


Gráfico 21.- Dificultades de la cirugía ambulatoria



## VI. ANALISIS COSTO - BENEFICIO DE UN PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA

### Objetivos

Se trata aquí de analizar los costos y los beneficios de este tipo de programas, comparándolos con los emergentes de realizar esa misma cirugía con internación.

### Aspectos metodológicos

Si bien un estudio de estas características exigiría medir no sólo los costos de realizar una cierta cantidad de estas intervenciones en forma ambulatoria y con internación, sino también las consecuencias que estas modalidades pueden acarrear en términos de salud y bienestar (riesgo de complicaciones, velocidad de recuperación, aceptabilidad, impacto sobre los familiares del paciente, etc.), las dificultades que implica esta segunda parte, sobre todo si deseamos traducirla en términos económicos, nos ha decidido en esta instancia a limitarnos al primero de los aspectos indicados.

A tales efectos se decidió considerar lo que ocurriría con cuatro de las intervenciones elegibles para cirugía ambulatoria, de acuerdo a la experiencia de prestigiosas instituciones del exterior: escisión de tumores benignos de la mama (cuadrantectomía), hemorroidectomía, hernioplastia inguinoocrural o umbilical y operaciones de várices. Se investigó su frecuencia a partir de información disponible sobre cantidad de casos atendidos en grupos cerrados, a fin de contar con una población que sirviera como denominador para el estudio, con el supuesto que dichos resultados serían extrapolables al total de las personas cubiertas por sistemas de medicina prepaga u Obras Sociales de personal de dirección similares a las estudiadas, o sea unas 2.500.000 personas (cuadro 4).

También se evaluó el costo promedio de su atención según la modalidad con internación, actualizado al mes de marzo de 1991.

Tomamos un total de 330 casos y eliminamos del

### CUADRO 4

Frecuencia de intervenciones elegidas por cada 100.000 personas año

Intervenciones locales de la mama	58
Hernioplastia	170
Várices	210
Hemorroidectomía	170

mismo aquellos que, por la prolongación de su período de internación más allá del 20% por encima del promedio general observado para cada intervención, hacían suponer que probablemente no hubieran resultado elegibles para cirugía ambulatoria, por la existencia de patologías agregadas, las características del paciente o su enfermedad, edad y otras razones. El costo promedio así obtenido se consideró representativo del que deben soportar estos sistemas de cobertura médica, teniendo en cuenta que sus beneficiarios se atienden habitualmente en instituciones con aranceles diferentes entre sí pero que superan notoriamente los valores fijados por el Nomenclador Nacional para las obras sociales en general. Los rubros incluidos en el estudio fueron: pensión, derecho quirúrgico, prácticas, medicamentos y material descartable. En todos los casos se excluyeron los honorarios del equipo quirúrgico, por considerar que estarían presentes en ambas modalidades (cuadro 5).

A fin de evaluar el costo que el programa de cirugía ambulatoria podría ofrecer como alternativa a la internación, a falta de datos ciertos sobre el costo operativo real que las unidades de cirugía ambulatoria podrían tener en nuestro medio, en base a la escasa información disponible, estimamos un valor del 70% de lo observado con internación. La experiencia internacional avala una reducción de costos mayor<sup>5-11</sup>.

Otro problema a resolver fue estimar qué porcentaje de los casos correspondientes a las intervenciones indicadas podían ser elegibles para cirugía ambulatoria. Si bien ello

### CUADRO 5

Costo y días de estada de las intervenciones elegidas \*

Intervención	Costo Promedio	Días de estada	Ahorro promedio en Cirugía Ambulatoria
Intervenciones locales de la mama	741	1,4	222
Hernioplastia	882	2,5	264
Várices	972	1,7	291
Hemorroidectomía	723	1,7	217

\* Valores en dólares americanos a marzo 1991.

CUADRO 6  
Beneficios económicos anuales \*

Intervención	N° casos	Ahorro por caso	Ahorro Total US\$
Intervenciones locales			
de la mama	1450	222	321.900
Hernioplastia	4250	264	1.122.000
Várices	5250	291	1.527.750
Hemorroidectomía	4250	217	922.250
Total	15200	—	3.893.900

\* Estimada en una población de 2.500.000

dependerá en gran medida de que aumente la oferta de este tipo de servicios, los profesionales adopten esta modalidad y los pacientes progresivamente la acepten, en base a la experiencia de su implementación en diversos estados de los Estados Unidos de América, se tomó como cifra alcanzable un 70%. Finalmente, se consideró útil analizar los posibles resultados de <sup>39-40</sup> programas similares a nivel de los hospitales públicos. En este caso, dadas sus características y la falta de información actualizada sobre costos se optó por medir los beneficios del programa en función del ahorro de camas que podría producir. Para ello se utilizó la información estadística de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires correspondiente a 1985.

#### Resultados Observados

Según surge del cuadro 6, el beneficio económico resultante de las cuatro intervenciones seleccionadas, de acuerdo a las pautas establecidas, sería anualmente de u\$s 3.893.900., evitándose 20.163 días/cama. Dado que las intervenciones que pueden realizarse ambulatoriamente son muchas más, se estima poder duplicar estas cifras. En tales condiciones el ahorro se aproximaría a los US\$ 8.000.000 anuales, equivalentes a casi diez dólares por grupo familiar y por año. Asimismo, sobre un promedio de camas ocupadas para el total de la población considerada de 2.000 diarias, esta modalidad las reduciría en el 5,5%, (110 camas

diarias). Con respecto a lo observado en los hospitales públicos (Municipalidad de Buenos Aires), el ahorro de días/cama sería de 21.734 lo que significaría un hospital de aproximadamente 100 camas, exclusivamente para los procedimientos que han sido estudiados (cuadro 7).

Es sorprendente el promedio de días de internación para procedimientos de una magnitud intermedia, como lo son los estudiados. Seguramente las dificultades por todas conocidas (falta de anestestistas, suspensión de operaciones, internaciones pre-operatorias prolongadas) hacen que esta situación sea más notoria. En un estudio de igual característica durante un año (1988) en el Hospital de Clínicas José de San Martín, el promedio de internación para estos procedimientos fue similar y las causas que lo determinaron también (cuadro 8).

CUADRO 8  
Promedio de internación,  
Hospital de Clínicas José de San Martín, 1988

Intervención	N° de casos	Días estadía (x)	
Hernioplastia inguinal	66	317	4.8
umbilical	8	60	7.5
Várices m. inferiores	56	499	8.9
Hemorroides	25	207	8.3
Fístula de ano	16	147	9.1

CUADRO 7  
Disminución presunta de días/cama ocupados

Intervención	N° de casos (1985)	Días estadía (x)	Días cama ahorrables 70%
Tumores benignos			
de la mama	50	10,0	350
Hernioplastia inguinal	2072	8,5	12328
umbilical	317	13,5	2996
crural	56	12,8	502
Várices m. inferiores	512	10,8	3871
Hemorroides	287	8,4	1687
TOTAL	3294	—	21734

## Comentarios

En un estudio realizado en Carolina del Norte por la "Blue Cross" y la "Blue Shield"<sup>5</sup>, en una población de 1.250.000 personas y tomando siete procedimientos quirúrgicos, un análisis de características similares al realizado en este Relato, demostró que el ahorro que se obtendría aumentando la frecuencia de la cirugía ambulatoria en los procedimientos analizados sería de 3.8 millones de dólares americanos por año (los procedimientos analizados fueron amputación, laparoscopia y ligadura tubaria, hernioplastia, escisión de tumores mamarios benignos, vasectomía, circuncisión y dilatación y curetaje uterino).

Sin embargo, este tipo de estudios tratando de comparar costos no debe ser una simple comparación entre los gastos de internación y el ahorro que sucede a la cirugía ambulatoria, ya que debería tenerse en cuenta el seguimiento postoperatorio, llamadas por teléfono, posibles visitas a domicilio, cambios de ropas, alquiler de algunos aparatos médicos o camas especiales, comidas y otros servicios brindados por el hospital en caso de estar internados. Otro aspecto es el tiempo de los familiares a cargo del cuidado del paciente que en ocasiones deben dejar de trabajar. Pero en definitiva, en un sistema médico cada vez más costoso, es necesario que el público asuma estos gastos implícitos, permitiendo la redistribución de recursos hacia otras áreas de salud (métodos diagnósticos, operaciones más complejas).

Con respecto al impacto que pueda tener un desarrollo adecuado de la cirugía ambulatoria en los hospitales públicos, la resultante sobre el ahorro de días/camas es fundamental, teniendo en cuenta las dificultades actuales, sobre todo la situación crítica originada por la disminución del personal de enfermería que en nuestro Hospital imposibilita el funcionamiento a pleno de las camas disponibles. Sin embargo, es evidente, que aún sin realizar cirugía ambulatoria, este problema se vería parcialmente solucionado, evitando internaciones prolongadas, innecesarias, especialmente en el preoperatorio, originadas por desfases en la implementación del turno de cirugía.

Otro aspecto interesante es que al no existir camas disponibles estos procedimientos son diferidos y el número de pacientes tratados es considerablemente inferior a la tasa de estas afecciones. La implementación de cirugía ambulatoria en nuestro Hospital permitió el tratamiento a un mayor número de pacientes, como se desprende de la comparación de los enfermos tratados en 1988 y la estadística que se presenta durante 1990, siendo esta resultante otra ventaja destacable en nuestro sistema actual de atención en los hospitales públicos. En 1985 el Ministerio de Salud y Acción Social en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicaron un documento que compila una amplia gama de aspectos de nuestra realidad médico-sanitaria<sup>65</sup>. En dicho informe surge que el

gasto en salud durante ese año fue de 5.430 millones de dólares, que representó el 8,2% del Producto Bruto Interno (PBI). (La participación de los subsectores en la financiación del gasto fue: Seguridad Social 39,2%, Privado 38,1% y Público 22,7%). Este porcentaje colocaría a la Argentina entre las naciones que asignan a salud una importante proporción de sus recursos. Su semejanza con los valores de los países más desarrollados económicamente, nos alejan junto con Brasil del resto de los países latinoamericanos. Estimaciones ensayadas por un especialista de la Universidad de Manchester<sup>66</sup> fijan un 4%, 2% y 3% los porcentajes del PBI adjudicados a Salud en América Latina, África y Asia Occidental respectivamente.

Pero el indicador que sí nos diferencia claramente del mundo desarrollado es el gasto por habitante. En 1985 el gasto en Salud per capita en Argentina fue de 177, 8 dólares, duplicando el correspondiente a toda América Latina y decuplicando el de África, pero es apenas la tercera parte del de Gran Bretaña, que es el país con menor gasto per capita de los ocho desarrollados referidos (cuadro 9).

CUADRO 9  
Porcentaje del PBI en salud, año 1985

	% PBI	Gasto per capita
Argentina	8,2	177,8
Brasil	5,6	96
Gran Bretaña	6,2	531
Holanda	8,7	828
Francia	9,3	908
Alemania	9,2	1024
Canadá	8,2	1089
Suecia	9,6	1139
Suiza	7,0	1143
Estados Unidos	10,7	1646

La significativa participación del gasto en Salud dentro del PBI (independientemente del mayor o menor tamaño del mismo) nos hace afirmar que el eje de los problemas del sector no pasa por aumentar su porcentaje en la economía nacional, sino de distribuir y asignar en forma más racional. Indudablemente hay un desfase entre el volumen de los recursos que el país dedica a la atención médica y el nivel de la misma. La modalidad asistencial prioriza lo especializado y complejo produciendo deformaciones y vicios, manteniendo al sector en crisis y predominando una alta dosis de irracionalidad. En este marco, la implementación de cirugía ambulatoria, tanto en el sector público como en el privado o el de la Seguridad Social, puede significar un aporte a la redistribución racional de los recursos para el financiamiento de la Salud.

## VII. ANESTESIA EN EL PACIENTE AMBULATORIO

Junto con el tratamiento del dolor crónico y con los nuevos métodos de monitorización anestésica (oximetría de pulso, carnografía, monitor de gases anestésicos, etc), la anestesia ambulatoria también llamada anestesia de día o anestesia en pacientes externos, son las áreas de la especialidad que mayor actividad han venido desarrollando últimamente y se pone de manifiesto por la cantidad de trabajos publicados en todo el mundo<sup>1-14-29-50-87-142</sup> y la búsqueda de nuevos fármacos para este tipo de anestesia<sup>13-31-51-66-67-81-82-89-98-120-136</sup>.

Podemos definir a la anestesia ambulatoria como aquella realizada en pacientes cuya internación no es necesaria para lo cual deben ser respetadas una serie de premisas en cuanto al estado general del paciente y al tipo de intervención con el fin de lograr un resultado óptimo.

A pesar del reciente auge, la anestesia en pacientes ambulatorios tiene una larga historia contemporánea con el inicio de la anestesia inhalatoria, Crawford y Long de Georgia, anestesió en 1818 a James Venable y luego de extirparle un tumor de cuello lo envió a su casa ese mismo día. El anestésico fue el éter dietílico<sup>62</sup>. Luego Colton hizo entre 1863 y 1881, 121.700 anestésias ambulatorias para procedimientos dentales sin ninguna muerte, usando óxido nítrico, en una época en el que el número de pacientes externos superaba al de internados<sup>62</sup>. En 1919 Ralph Waters<sup>135</sup> predica en su Clínica Anestésica Ambulatoria: "El futuro de esta empresa será brillante" y posteriormente surgieron las primeras descripciones de anestesia en pacientes externos y cirugía de día, bien regladas y en gran escala relatadas en 1966 por Cohen y Dillon<sup>29</sup>., aunque las bases de la anestesia ambulatoria aún usadas hoy, se deben a Davis<sup>43</sup> y a Patterson<sup>108</sup>.

La cirugía ambulatoria tiene ventajas para el paciente, la comunidad, el hospital y para el propio servicio de anestesia, porque particularmente en un servicio de cirugía ambulatoria, la relación médico-paciente se incrementa para el anestesiólogo. Más que en otras actividades, aquí el anestesiólogo, como médico, acompaña al paciente desde la preparación preoperatoria hasta el alta.

*Elección del tipo de Anestesia*

¿Cuáles son las principales consideraciones al elegir una técnica anestésica para la cirugía ambulatoria? La ideal debe tener un inicio de acción rápido y suave, proporcionar amnesia y analgesia intraoperatorias, buenas condiciones quirúrgicas y un período de recuperación breve y sin efectos secundarios.

Aunque la mayoría de las intervenciones ambulatorias se efectúan bajo anestesia general o local, en una variedad de procedimientos urológicos, ginecológicos y de cirugía

ortopédica, se puede usar anestesia regional. A los efectos de considerar los distintos aspectos anestésicos vamos a dividirlos en tres períodos:

Período Preoperatorio	a) elección y evaluación; b) premedicación.
Período Intraoperatorio	a) anestesia regional; b) anestesia general
Período Postoperatorio	a) cuidados en sala de recuperación; b) complicaciones y c) criterios para el alta

*Preoperatorio**Selección y evaluación de pacientes*

La mayoría de los centros aceptan enfermos cuyo estado físico se encuentre dentro de la categoría ASA I de la Sociedad Americana de Anestesiología (ver Capítulo de Selección de Pacientes) normal y sano, o ASA II (con enfermedad sistémica leve). Sin embargo hubo casos ASA III (enfermedad sistémica de cierta gravedad limitante pero no incapacitante) que resultaron exitosos en forma ambulatoria<sup>14-19-43</sup>. A pesar de esto, un compromiso clínico como diabetes, hipertensión arterial, coronariopatía, neumopatías, entre otros, implica un control médico más prolongado que exige la internación hospitalaria. El estado físico no debe ser considerado como único criterio. La importancia de la cirugía, el tipo de anestesia y el grado de estabilidad de la enfermedad preexistente podrán autorizar el régimen ambulatorio en algunos pacientes con estado ASA III en los que se efectúan procedimientos diagnósticos o terapéuticos con anestesia general. Para seleccionar correctamente es necesario una adecuada evaluación preanestésica que debe incluir la anamnesis el examen físico y análisis de laboratorio no más antiguos de 30 días. Todo deberá constar en una hoja preanestesia (figura 22) hecha por el anestesiólogo en el momento de la entrevista. No es conveniente que la primera entrevista con el anestesiólogo sea el mismo día de la cirugía (especialmente si se trata de un paciente ASA II o III) porque aumenta el número de operaciones suspendidas y se corre el riesgo de una valoración inadecuada. Es imprescindible que exista cooperación mutua entre el anestesiólogo y el cirujano. Otra ventaja de la visita previa es, como veremos luego, el efecto psicológico, que sea explicada claramente la futura anestesia que ejerce un efecto tan importante como la premedicación.

**EVALUACION PREOPERATORIA  
PARA ANESTESIA**

Operación propuesta .....

Edad ..... Male - Female - Fecha programada .....

Historia de la paciente .....

**Historia Clínica**

		Fecha	Procedimiento	Anestesia	Complicaciones
no	Cirugía previa	.....	.....	.....	.....
no	Tuvo problemas de anestesia	.....	.....	.....	.....
no	Tuvo problemas médicos	.....	.....	.....	.....
no	Cardíacos	.....	.....	.....	.....
no	Respiratorios	.....	.....	.....	.....
no	Embarazo	Sí o desconoce (aclarar en Consideraciones Especiales)			

NO SI COMENTARIOS

no	Alérgicos	.....	Fuma	.....	.....
	Medicamentos actuales	.....	Alcohol	.....	.....
		.....	Dentadura	.....	.....
		.....	Lentes de Contacto	.....	.....
	Otras drogas	.....	Otros	.....	.....

**Examen Físico**

Peso ..... kg ..... °C ..... Presión ..... Pulso ..... Respiración ..... Talla

Normal	Hallazgos anormales	Normal	Hallazgos anormales
	Vía aérea		Dientes
	Cuello		Tórax
	Corazón		Neurológico
	Músculos		Otros

**Exámenes de Laboratorio**

Hto ..... ECG ..... Rx To .....

Otros análisis .....

**Consideraciones especiales**

Evaluated por ..... MN .....

Firma ..... Fecha ..... Hora .....

DIA DE LA CIRUGIA ..... Tiempo de cirugía aproximada ..... hs.

Plan anestésico: General - Local

Consentimiento Procedimientos y riesgos de la anestesia explicada al paciente; todas las preguntas contestadas  
Adjunta historia y examen físico

Comentarios

Evaluated por ..... MN ..... Fecha ..... Hora .....

Ayudante de anestesia ..... MN ..... Fecha ..... Hora .....

### Premedicación

Se recomienda en lo posible evitarla, ya que puede prolongar la recuperación, salvo en pediatría donde puede hacer que el niño llegue a la sala de operaciones dormido o despierto sin temor, de modo que la inducción anestésica no constituya un acontecimiento traumático, aún a costa de que deba permanecer unas horas de más en recuperación.

Después de todo, el objetivo final en los niños es que el resultado sea bueno para ellos, tanto físicamente como en el aspecto psicológico.

Se puede utilizar midazolam oral 0,15 mg/kg, tratando de evitar el diazepam y lorazepam porque la vida media prolongada de estas últimas suele retrasar la recuperación.<sup>67-81</sup>

Los opiáceos tienen la desventaja de requerir la vía parenteral y en muchos casos retrasan la recuperación como ocurre con la meperidina, la morfina y la nalbupina, no así con el fentanilo y el alfentanilo que poseen menor duración de acción, pero todos aumentan las náuseas y vómitos postoperatorios<sup>66</sup>.

### Intraoperatorio

La anestesia ambulatoria ideal ha sido definida por White de la siguiente manera:

- 1) aceptación por el paciente del plan anestésico.
- 2) inicio rápido de la anestesia quirúrgica;
- 3) costo razonable de las drogas;
- 4) recuperación pronta del estado de alerta y de la función motora;
- 5) habilidad para tolerar rápidamente la ingesta de líquidos sin síntomas eméticos;
- 6) analgesia postquirúrgica adecuada y
- 7) ausencia de complicaciones anestésicas postquirúrgicas.

Estos objetivos pueden lograrse de dos formas: anestesia regional o anestesia general.

#### Anestesia regional

Cuando las circunstancias lo permitan debe emplearse la anestesia local infiltrativa por cumplir con creces el concepto de anestesia ambulatoria ideal. Es la más sencilla y segura aunque tiene limitaciones, ya que puede asociarse con ciertas molestias para el paciente. Por ello se ha popularizado la utilización de fármacos coadyuvantes sedantes y analgésicos intravenosos (la denominada técnica de sedación en vigilia). Para la anestesia local el más usado es la lidocaína al 0,5% en dosis que no deben superar los 7

mg/kg, pudiendo adicionar adrenalina al 1: 200.000 salvo que se intervenga en zonas como el pene, las orejas o los dedos. Otra opción es la bupivacaína al 0,25% que posee una mayor duración anestésica siendo la dosis de 2 mg/kg. Para intervenciones del aparato locomotor se aconseja la anestesia regional intravenosa, también llamado bloqueo de Bier, que tiene la virtud de ser simple, segura y económica, con bajo porcentaje de fallas, no siendo imprescindible la presencia de un anestesista. Pero tiene algunas desventajas como la corta duración (1 hora) y aunque se puede reinyectar no es lo más aconsejable por el riesgo de toxicidad. Debe realizarse con lidocaína al 0,5% sin epinefrina, a razón de 0,9 ml/kg. Otra alternativa para el miembro superior es la anestesia plexual, pudiendo accederse al plexo braquial en el surco interescalénico sobre la primera costilla o bien en la axila. Cada técnica tiene sus ventajas y sus defensores<sup>141</sup>. Hay que evitar las vías supraclavicular e interescalénica, debido a la incidencia, pequeña, pero incapacitante, de neumotórax. El bloqueo axilar proporciona buena anestesia del antebrazo, siempre que se tenga cuidado de bloquear el nervio musculocutáneo por infiltración del músculo coracobraquial. La técnica en sí misma se puede llevar a cabo despertando parestesias en los nervios, simplemente utilizando la arteria o su vaina, a modo de punto de referencia para la inyección de un total de 30 a 40 ml de lidocaína al 1% o bupivacaína al 0,25% con o sin epinefrina en el compartimiento formado por la vaina que envuelve a la arteria y a los nervios. La única desventaja importante de esta técnica es la inyección intravascular inadvertida.

Otro bloqueo regional que puede utilizarse en anestesia ambulatoria es el bloqueo intercostal, útil en procesos superficiales de la pared torácica.

Con respecto a los bloqueos del raquí o espinales (peridural y raquídea) las opiniones están divididas, aunque cada vez son más los que tienden a evitarlas, argumentando la alta incidencia de cefaleas postpunción de la duramadre ya sea en forma accidental en la primera o deliberada en la segunda<sup>50</sup>. Se mencionan un 2% en la peridural y un 8% en la raquídea. Para concluir, sobre anestesia regional habría que agregar dos cosas. Primero que no es necesario colocar un catéter intravenoso, salvo en los bloqueos del raquí donde es imprescindible expandir el volumen circulatorio previamente, y segundo destacar los buenos resultados de combinar la anestesia regional con la neuroleptoanalgesia u otras formas de complemento anestésico, como la sedación con midazolam (Dormicum<sup>®</sup>). Esta presenta varias ventajas en cuanto a la sedación ambulatoria, que incluyen una menor incidencia de irritación venosa (como resultado de su hidrosolubilidad), una menor acumulación y una rápida recuperación después de dosis múltiples (como consecuencia de su menor vida media que es de 2 horas mientras que la del diazepam es de 30 horas) y de la carencia de metabolitos activos. Cuando estos agentes se usaron como coadyuvantes de la anestesia

local, la mayoría de los investigadores comunicaron un inicio de acción más rápido y una amnesia más eficaz con midazolam que con diazepam<sup>81</sup>. La aparición de un antagonista específico de las benzodiazepinas como es el flumazenil (Anexate<sup>®</sup>) abrirá otra esperanza en el campo de la anestesia ambulatoria. Se trata de una imidazobenzodiazepina con afinidad por el receptor pero sin actividad intrínseca, que ya pasó las pruebas farmacológicas básicas y clínicas, y se encuentra en etapa de crecimiento terapéutico. Se administra cuando se desea recobrar la conciencia, a razón de 0,2 mg por vez, siendo excepcional tener que administrar más de 2 dosis<sup>13</sup>.

### Anestesia general

Es la preferida en la mayoría de los centros ambulatorios, por ser la más versátil y confortable. Existen varias técnicas para lograr los 7 objetivos de la anestesia ambulatoria ideal, aunque hasta hoy no se han podido cumplir estrictamente. Se puede acercar mucho al ideal utilizando tanto las drogas intravenosas como inhalatorias o mejor aún una combinación de ambas.

No hay que olvidar que, especialmente cuando no se indica la premedicación hay que infundir confianza y tranquilidad en todo momento, más aún si es un niño. En estos casos si la intervención dura menos de 20 minutos, es preferible la anestesia inhalatoria pura y prescindir de la vía intravenosa. La inducción de la anestesia se realizará en forma intravenosa, salvo en niños en que puede ser preferible la inducción inhalatoria. Preferimos por lo general 0,05 mg/kg de droperidol combinado con 1 µg/kg de fentanilo (Innovan) que brindan analgesia, antiemesis, disminuyen el consumo posterior de anestésicos y producen un estado neuroléptico de tranquilidad emocional e indiferencia afectiva, aunque hay quienes sostienen que pueden retrasar la recuperación<sup>136</sup>. Una alternativa como medicación inicial es el midazolam, ya comentado. Si está indicada la intubación endotraqueal se facilita con succinilcolina; hay que administrar en este momento la precarización con una dosis baja de relajante muscular que puede ser tanto de tipo despolarizante como no despolarizante. Luego se administra el inductor, previa oxigenación, que en nuestro medio aún sigue siendo el tiopental sódico; administrado a dosis entre 3 y 6 mg/kg no provoca efectos secundarios importantes y se acompaña de una rápida y calma inducción del sueño. Presenta como inconveniente una larga vida media (de 8 horas) tardando en recuperarse completamente la psicomotricidad; luego de dosis clínicas, desencadena "rush" cutáneo, depresión cardiocirculatoria si se induce rápidamente, hipervagotonía y somnolencia residual en el postanestésico tardío. Por este último inconveniente, se han incorporado dos nuevos fármacos inductores de reciente lanzamiento y que ya han comenzado a desplazar al tiopental en anestesia ambulatoria: son el midazolam y el propofol (Diprivan<sup>®</sup>). El midazolam se

utiliza como inductor a dosis que varían entre 0,15 a 0,45 mg/kg; tal dispersión hace necesaria su administración titulando la droga en dosis fraccionadas, comenzando con 3 mg para continuar de a 1,5 mg hasta pérdida de la conciencia. Comparando con el tiopental, el midazolam da menor depresión respiratoria y cardiovascular, laringospasmo, tos y movimientos musculares; tiene mayor índice terapéutico, brinda amnesia anterógrada, disminuye el dolor producido por la succinilcolina por las fasciculaciones a nivel muscular, disminuye el requerimiento de anestésicos inhalatorios, raramente produce reacciones de hipersensibilidad. Con una vida media corta (2 horas) debido al alto "clearance" hepático (7 ml/kg/min), y posee un antagonista específico como es el flumazenil<sup>67-81</sup>. Tiene como inconvenientes un inicio de acción más lento que el tiopental, puede producir apnea si se inyecta en forma rápida (sobre todo en combinación con opiáceos) y disminuir el flujo hepático, pudiendo prolongar la duración de acción de drogas que se metabolizan en dicho órgano. Tiene una unión a proteínas plasmáticas del 90%.

El propofol (2,6-diisopropilfenol), es un nuevo inductor de acción ultracorta, viene presentado como una emulsión blanca con aceite de soja y fosfátido de huevo con el propofol al 1%, droga insoluble en agua que anteriormente era vehiculizada con "Fremophor" al igual que la propánidida y el alfato, pero dado los graves incidentes alérgicos que producía este vehículo, se cambió por el actual. Tiene un índice terapéutico igual al tiopental, pero con una vida media de 2 horas<sup>82</sup>.

Si bien no posee propiedades analgésicas, reduce efectivamente los estímulos desencadenados, por ejemplo por laringoscopia e intubación traqueal, brindando una inducción rápida y tranquila, sin movimientos anormales ni excitación psicomotriz. No produce hipertermia maligna ni exacerba las porfirias, tampoco libera histamina, siendo muy rara la incidencia de broncoespasmos; no inhibe la corteza suprarrenal ni demostró hasta el momento ser teratogénico ni mutagénico.

En ausencia de otras drogas, el despertar ocurre aproximadamente 10 minutos después de la dosis usual, que es de 2 mg/kg con una concentración sanguínea media de 1,1 µg/ml. También puede administrarse en infusión continua a razón de 3 mg/kg hora. Los resultados con propofol en cirugía de pacientes externos han sido muy satisfactorios, existiendo una importante experiencia. En un trabajo abierto multicéntrico Sanderson y col.<sup>120</sup> estudiaron en 1988, 879 pacientes ambulatorios anestesiados con diprivan para procedimientos ginecológicos, urológicos, de la superficie corporal, ortopédicos y dentales; hallaron una alta calidad de inducción y mantenimiento. Usando la técnica de bolos intermitentes, la recuperación fue rápida, con claridad mental y generalmente sin problemas debidos a efectos colaterales desagradables.

De no contarse con estas drogas, otra alternativa para la inducción es la Ketamina (Ketalar<sup>®</sup>), con una vida media

de 2.5 horas, pero hay que tener en cuenta la posibilidad de hipertensión arterial, rigidez muscular y alucinaciones durante la recuperación, si no se administra lentamente, en dosis bajas y combinada con benzodiacepinas. Es un excelente analgésico. Si bien es cierto que la intubación no afecta el período de recuperación, puede provocar una incidencia superior de molestias relacionadas con las vías aéreas (faringitis, estridor, ronquera) y mialgias relacionadas con la succinilcolina.

El mantenimiento de la anestesia gira en torno a fármacos inhalatorios intravenosos, que si se combinan de una forma racional y se controlan cuidadosamente, pueden lograr las condiciones ideales para la cirugía ambulatoria<sup>54</sup>. Los inhalatorios han demostrado ser seguros en anestesia ambulatoria y son el óxido nítrico, el isoflurano y el éflurano, mientras que el halotano está comenzando a dejárselo de lado por la remota posibilidad de hepatotoxicidad y cuando se puede, se elige otro agente.

También puede efectuarse el mantenimiento con agentes intravenosos; en nuestro país aún se utiliza con buenos resultados la procaína en infusión. Otra opción es el ya mencionado propofol o el midazolam tanto en bolos repetidos como en infusión continua, y si se requiere analgesia se pueden administrar opiáceos de acción corta como el fentanilo y alfentanilo; si hay que administrar relajantes musculares de mantenimiento lo ideal sería atracuronio por su fácil y rápida eliminación sin efectos secundarios. Todo el curso de la anestesia debe ser registrado cuidadosamente en una ficha e incluido en la historia clínica, más un duplicado que quedará para estadística, educación e investigación.

#### *Cuidado postoperatorio - Criterios de alta*

Uno de los factores decisivos para la calidad de atención de un centro de cirugía ambulatoria es un manejo adecuado del postoperatorio. Las normas utilizadas en la recuperación anestésica y alta son críticas para una cirugía efectiva y segura.

La sala de recuperación anestésica es parecida o igual a la usada para internados. Se emplean los mismos estándares y en general está vigilada por el anestesiista.

Hay dos fases en la recuperación a tener en cuenta en el paciente ambulatorio. La primera fase, es la estabilización de los efectos de la anestesia, (es igual en ambulatorios o internados). La segunda es el tiempo de readaptación al ambiente después de su recuperación anestésica. Si es posible, el ideal es que se usen áreas diferentes para estas dos fases.

Es indispensable un método uniforme para valorar las condiciones del postoperatorio inmediato existiendo varios de ellos<sup>55</sup>. Debe ser simple y comprensivo (sin distraer a las enfermeras y por otra parte ser lo suficientemente completo para poder valorar la condición postoperatoria). En general se deben evaluar 5 factores: 1) respiración, 2) circulación, 3) conciencia, 4) color de la piel y 5) nivel de actividad voluntaria.

La observación durante la segunda fase es crítica para determinar si puede ser dado de alta. Se da por terminada cuando el operado demuestra que puede coordinar y desaparece la sensación subjetiva de molestia a la luz o al vértigo. Existen varios métodos para asegurarse que se ha completado esta fase, mediante pruebas de habilidades psicomotrices y conocimiento.

Los medicamentos en la fase de recuperación deben seleccionarse, evitando narcóticos, sedantes o antieméticos que podrían prolongar la recuperación.

El uso de fentanil para suplementar la anestesia general ha reducido el dolor postoperatorio hasta 24 horas. Durante la fase inicial de recuperación el uso de 12.5 µg IV de fentanil en intervalos de 5 minutos hasta una dosis máxima de 50 µg fue efectiva en la mayoría de los centros de cirugía ambulatoria<sup>51</sup>.

Los vómitos y náuseas son comunes en el área de recuperación, la metoclopramida ha sido usada con escaso éxito; el droperidol, utilizado para la sedación y reducción de náuseas y vómitos ha demostrado ser más efectivo<sup>31</sup>. La dosis usual es de 0.6 - 1.2 mg hasta a 2,5 mg como máximo.

Los criterios de alta incluyen :

- 1) estabilidad de signos vitales
- 2) sensibilidad y orientación y;
- 3) capacidad de moverse voluntariamente.

Además, el paciente debe entender las instrucciones postoperatorias y a quién debe recurrir en caso de emergencia. Estar siempre acompañado es un criterio indispensable. Por supuesto que no debe conducir un vehículo ni viajar sólo a su domicilio. Stephenson<sup>128</sup> propone 7 factores para la decisión de alta:

- 1) estado mental; 2) movilidad; 3) dolor; 4) comer y beber (ausencia de náuseas y vómitos); 5) falta de retención urinaria; 6) información (capacidad de entender las instrucciones postoperatorias) y 7) factores sociales (transporte y sostén familiar).

### VIII. CONSIDERACIONES QUIRURGICAS Y ESTADISTICA DE PROCEDIMIENTOS EN EL HOSPITAL DE CLINICAS

#### *Cirugía ambulatoria en hernioplastias*

Las operaciones de las hernias de la pared abdominal se desarrollaron en las últimas dos décadas siguiendo cuatro líneas fundamentales:

- 1) el retorno al uso de imbricación de varios planos en un intento de darle mayor resistencia a la herniorrafia (plástica de Shouldice);
- 2) la utilización de materiales protésicos como refuerzo o sustitución de un plano, que puede estar ausente o ser insuficiente en calidad o cantidad (defectos recurrentes de la pared abdominal);
- 3) abordaje preperitoneal y
- 4) cirugía ambulatoria (donde los conceptos anteriores pueden aplicarse con bajo riesgo de complicaciones).

La cirugía ambulatoria, reservada hasta hace pocos años a pacientes pediátricos o adolescentes portadores de hernias inguinales o umbilicales, en la actualidad, con algunas excepciones, debe ser considerada la modalidad de tratamiento para la mayoría de los pacientes en buen estado general. Preston<sup>112</sup> estimó que el 80% de las hernias de la pared abdominal son inguinales, condicionado que su reparación sea uno de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios más desarrollados. La variedad de técnicas existentes advierte claramente el esfuerzo del cirujano para reducir el número de recidivas.

En los últimos años la técnica de Shouldice o canadiense ha ganado en popularidad, constituyéndose en la de elección para pacientes no hospitalizados. Desarrollada por Shouldice y sus colaboradores Obney y Ryan (cit<sup>134</sup>) entre los años 1950-1953, es la usada en el Shouldice Hospital de Toronto, Ontario, Canadá. Es el equivalente moderno de la operación de Bassini, y consiste en el tratamiento del saco de manera habitual, sección del cremáster obtenido de una buena exposición del orificio inguinal profundo y la pared posterior y división de la fascia transversalis en una solapa superomedial y otra inferolateral. La sutura es continua con material reabsorbible (poliglicólico) o irreabsorbible monofilamento, desde el pubis hasta el orificio inguinal profundo, tomando la superficie interna de la solapa superior de la fascia transversalis al borde libre de la solapa inferior de la misma, y vuelve desde el orificio profundo al pubis suturando el borde libre de solapa superior a la cintilla pubiana de Thompson (figuras 1 y 2). El segundo plano consiste en una línea de sutura también conti-

do a pubis que une complejo funcional con arcada de Poupart y vuelve al orificio profundo, tomando los mismos elementos en forma más superficial e intercalada con la línea de sutura anterior (figuras 3 y 4). Finalmente, cierre del oblicuo mayor por delante del cordón inguinal.

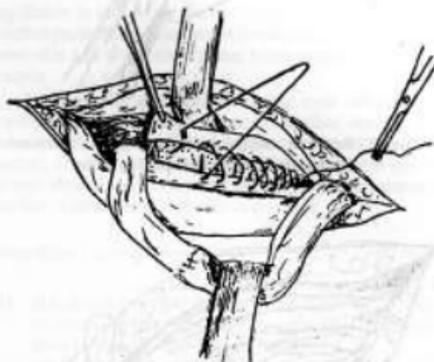


Figura 1.- Sutura de superficie interna de solapa superior de fascia transversalis a borde libre de solapa inferior.

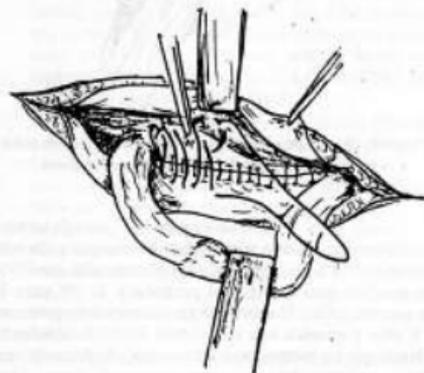


Figura 2.- Sutura desde orificio inguinal profundo de borde libre de solapa superior a cintilla de Thompson

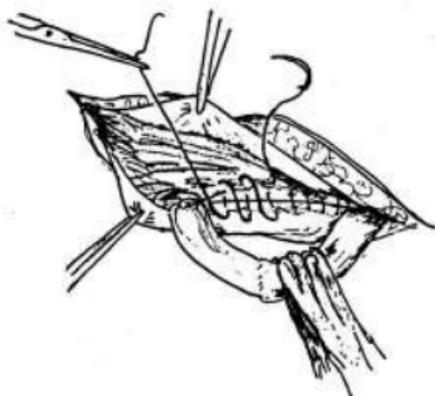


Figura 3.- Sutura de oblicuo menor y transverso a ligamento inguinal desde orificio profundo a pubis

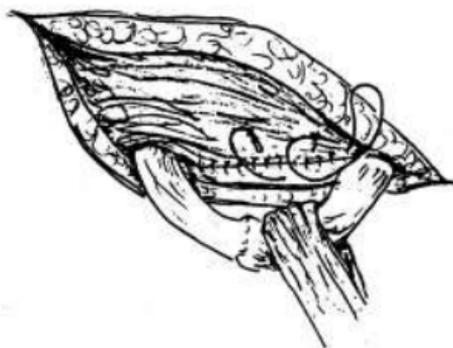


Figura 4. - Sutura de oblicuo menor y transverso (desde pubis a orificio inguinal profundo) a ligamento inguinal

Costa e Silva<sup>35</sup> sobre un total de 311 casos de hernioplastia con esta técnica, menciona como complicación más frecuente (5,1%) el edema escrotal y/o testicular, con 0,9% de recidiva para la inguinal primaria y 11,1% para la recurrente. Lisle<sup>86</sup> sobre 468 pacientes con seguimiento a 8 años comunica una recurrencia de 1,3%, señalando además que los buenos resultados no son sólo dependientes de la experiencia del cirujano en determinada técnica, sino de la técnica en sí misma. Ris<sup>117</sup> sobre 800 reparaciones con una técnica de Shouldice modificada, refiere el 94,2% de resultados satisfactorios y sólo el 6,6% de atrofia

testicular y 0,8% de infección de herida; la recurrencia global fue del 5,8% con diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) en pacientes con bronquitis crónica y con complicaciones postoperatorias ( $p < 0,001$ ). Una baja recidiva estuvo asociada con la resección del cremáster, sin diferencias con respecto al sexo, edad, profesión, prostatismo, obesidad, tipo de hernia, material de sutura, entrenamiento del cirujano, anestesia, o si la operación fue uni o bilateral.

Las complicaciones postoperatorias tal como lo señala Cuhertanford y Gaimant<sup>37</sup> sobre 403 casos tratados son el hematoma parietal e infección de herida (2,5 y 1,7% respectivamente en dicha serie). Estos excelentes resultados concuerdan con otros<sup>39-134</sup> quienes refuerzan las bondades de la plástica canadiense.

En el Hospital de Clínicas hemos adoptado esta técnica como de elección siguiendo estos criterios para la selección de pacientes:

- 1) pacientes mayores de 20 años de edad;
- 2) hernias indirectas o directas;
- 3) hernias solitarias o combinadas;
- 4) hernias uni o bilaterales y
- 5) primarias y electivas.

Son motivos de exclusión obesidad marcada, hernias recidivadas o hernias indirectas en menores de 20 años.

La anestesia puede realizarse preferentemente en forma local, pero de acuerdo al paciente, también hemos realizado herniorrafias con anestesia peridural o general sin modificar la modalidad de pacientes ambulatorios.

El escaso número de pacientes tratados (ver estadística) así como lo reciente de poner en marcha este programa de cirugía ambulatoria, nos imposibilita de sacar conclusiones en cuanto al porcentaje de recidivas u otras complicaciones.

La sencillez de la técnica permitió hasta el momento su implementación como parte del programa docente con los residentes de cirugía de primer y segundo año, sin complicaciones intra o postoperatorias inmediatas inherentes a la técnica empleada.

El tratamiento de la hernia umbilical no ha mostrado variantes técnicas, ya que la plástica por imbricación de planos sigue siendo la óptima. Pacientes con pequeñas hernias epigástricas y/o diastasis limitada de los rectos son excelentes candidatos para la hernioplastia ambulatoria siendo la recurrencia de rara presentación. Una situación semejante se presenta con la hernia de Spiegel cuya reparación es muy bien tolerada, no existiendo contraindicaciones desde el punto de vista técnico para el alta el mismo día de la cirugía. Uno de los inconvenientes que se mencionan como más limitante para la cirugía ambulatoria de las hernias es la retención urinaria postoperatoria, especialmente en pacientes afeos. Una selección cuidadosa en ese sentido, puede soslayar este inconveniente.

*Colecistectomía laparoscópica*

Esta nueva alternativa en el tratamiento de la litiasis vesicular, descrita en la literatura médica por primera vez en febrero de 1989<sup>47</sup> ha dejado su fase experimental para convertirse en una propuesta válida en un gran número de pacientes<sup>58</sup>. Si bien en la mayoría de los centros el alta de pacientes se realiza entre las 24 y 48 horas (siendo una de las ventajas de esta técnica con respecto a la colecistectomía convencional), en algunos hospitales con amplia experiencia en colecistectomía laparoscópica los pacientes son dados de alta el mismo día de la cirugía<sup>114</sup>.

Uno de los estudios realizados en forma prospectiva para analizar las posibles ventajas de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria es el de Reddick y Olsen<sup>114</sup>. En el mismo, la admisión de los pacientes internados dependió fundamentalmente de la preferencia del paciente, la edad, la retención urinaria y la presencia de colecistitis aguda, la distancia domicilio-centro asistencial, presencia de íleo, náuseas, dolor, alteraciones pulmonares o hemorragia.

Siendo los hallazgos patológicos hallados en ambos grupos muy similares:

*Hallazgos patológicos*

	<i>Internados</i>	<i>Ambulatorios</i>
Litiasis múltiple	38	28
Cálculo único	5	7
Colecistitis alitiásica	1	1
Colecistitis aguda	5	3
Colesterosis	1	1
Vesícula hidrópica	1	1
Pólipo vesicular	1	-

Las complicaciones en ambos grupos fueron similares (dos en cada grupo), siendo necesario en 1 paciente ambulatorio readmitirlo por deshidratación debido a náuseas y vómitos (era un paciente añoso). El estudio de costo beneficio en estos grupos demostró un ahorro de 400 dólares americanos por paciente internado y según la opinión de los autores, sólo debería hospitalizarse aquellos pacientes añosos (debido a la retención urinaria que es muy frecuente), los que tienen cirugía previa (mayores adherencias y posibilidad de hemorragia) y aquellos que no admiten el procedimiento como ambulatorio, incluyendo a las colecistitis agudas que ingresan con signos de sepsis.

En nuestra opinión, si bien la experiencia personal es muy limitada, creemos que estos procedimientos invaden una cavidad y algunas de sus complicaciones (íleo, retención urinaria, vómitos) deben controlarse en una internación al menos de 24 horas para permitir dar de alta al paciente siguiendo los criterios, que aún para la cirugía ambulatoria constituyen una norma.

*Cirugía pediátrica ambulatoria*

Como debe haber sucedido en otros centros, la preocupación por este tema comenzó hace 25 años cuando se observó que, a raíz de la gran cantidad de niños operados e internados (con camas en los pasillos y vestíbulo del hospital) y el poco personal, a los médicos y enfermeras de guardia apenas les alcanzaba el tiempo para los casos más graves. En ocasiones ni se enteraban que había un niño operado de hernia o fimosis desde la mañana.

Se pensó entonces que se aliviaría el trabajo hospitalario, se mejoraría la asistencia a los niños graves y se agilizaría la utilización de las siempre escasas camas si ciertos pacientes y bajo ciertas condiciones, pudiesen ser enviados a su domicilio algunas horas después de la operación.

La impresión que tenemos es que cada niño con su operación a cuestras y cada situación familiar, social, económica y hasta geográfica debe ser considerada aisladamente. Si no se procede así el beneficio indudable que se puede obtener será contrarrestado por los potencialmente severos problemas que pueden sobrevenir.

*Requisitos y precauciones*

- 1) el requisito principal es que no se establezcan a priori pautas demasiado rígidas. Cada caso debe ser examinado independientemente de los demás.
- 2) igual que la cirugía ambulatoria en adultos, deben excluirse las operaciones que se realizan en el interior de las cavidades abdominales, torácicas o articulares, no comunicadas con el exterior. Esto no significa que no se puede abrir el peritoneo, como sucede en algunas hernias umbilicales o inguinales. No debe olvidarse que el niño "respira" (en especial el lactante) y hace todos sus esfuerzos con el abdomen por lo que una laparotomía, por mínima que sea, le significa una sobrecarga importante de trabajo.
- 3) el tiempo total de anestesia e intervención debe ser corto. En lo posible hasta 40 minutos, y sin pretender fijar límites rígidos, no más de una hora. A partir de esos tiempos, y en niños normales, el efecto desfavorable de los fármacos anestésicos, las alteraciones en la regulación térmica, la pérdida de líquidos en el campo operatorio y por transpiración, comienzan a adquirir significativa importancia (muy especialmente en el lactante), con el consiguiente perjuicio sobre el complejo broncoalveolocapilar del pulmón y la función renal.
- 4) las operaciones en los tegumentos, aún aquellas muy superficiales, no deben ser demasiado extensas en tamaño o con gran escisión de tejidos por el tiempo que insumen y por la pérdida de líquidos en el campo operatorio que provocan (ejemplo: linfangiomas de

- gran tamaño).
- 5) en el curso de la intervención no deben haber ocurrido imprevistos o complicaciones de cierta magnitud como heridas de arterias, aperturas de cavidades o dificultades técnicas no esperadas.
  - 6) en la intervención no se colocaron tubos de drenaje ni conexiones al exterior de cualquier clase. No debe olvidarse que los lactantes se arrancan con facilidad tubos y conexiones. No se incluyen los drenajes simples completamente cubiertos por los apósitos.
  - 7) el vendaje debe ocluir por completo la herida e incluso el drenaje simple si lo hubiera.
  - 8) ni bien el niño abandona el quirófano con el visto bueno del anestesiista, será llevado a una sala de recuperación junto con su madre y acostado en una cama o cuna bajo la vigilancia permanente de una enfermera. Allí permanecerá hasta que se recupere totalmente del efecto anestésico.
  - 9) con la llegada del médico cirujano que lo intervino y del anestesiista, y previa revisión del paciente (sobre todo en lo referente a su recuperación anestésica, pulso, respiración, temperatura de la piel, reflejos y estado de la herida y del apósito que la cubre), será recién dado de alta con los consejos pertinentes a la madre.
  - 10) no se indicará en el postoperatorio, medicación inyectable o procedimientos específicos de enfermería que no puedan ser efectuados por la madre.
  - 11) el transporte no crea problemas en niños de hasta 25 o 30 kg de peso. En niños mayores, el uso necesario o por comodidad de camillas o ambulancias no es un impedimento para realizar este procedimiento. Por el contrario, facilita los trámites especialmente si la operación ha sido realizada en zonas que tiene que ver con el apoyo (ingle, rodilla, pie, etc.). El hecho de que no puedan ser transportados en brazos obliga a su permanencia por más horas en sala de recuperación antes de deambular.
  - 12) deben desecharse aquellos casos de niños desnutridos, con malformaciones asociadas de cierta significación especialmente cardíacas, que vivan en condiciones muy precarias y/o promiscuas, de difícil o muy dudosa facilidad para comunicarse o cuando existan opiniones diferentes entre los padres o familiares. También en aquellos pacientes en quienes se prevea medicación inyectable o procedimientos específicos de enfermería.

#### *Requisitos de los padres*

Una vez obtenido el consentimiento de los padres (casi siempre es posible), se les darán instrucciones claras y precisas para antes y después de la operación, (en lo posible

escritas).

El niño debe concurrir en ayunas (de líquidos entre 4 a 6 horas y de sólidos entre 6 a 8 horas antes de la intervención). Se exceden los plazos de evacuación del estómago con el objeto de asegurarse su vacuidad total. En la práctica, salvo alguna que otra cucharadita de agua, el niño debe permanecer en ayuno total desde la noche anterior.

La madre se refina con su hijo desde que abandona el quirófano. Se le comunicará que tendrá seguramente dolor y posiblemente vómitos y fiebre por la tarde o noche.

Deberá vigilar que la curación no esté manchada excesivamente (cosa que variará según se haya dejado o no drenaje, siempre este último por debajo del apósito) especialmente con sangre.

Se le explicará a la madre que los vómitos (transitorios y no relevantes) cederán hacia la noche y que la fiebre puede llegar a los 38 grados por la tarde, pero que es transitoria y cederá a la noche o a la mañana siguiente.

Se le suministrará al niño al llegar a su casa una dosis de analgésicos que se repetirá a la noche y a la mañana siguiente, lo cual aliviará el dolor y la angustia. En todos los casos, se permitirá que el niño se moviice a voluntad en la cama sin restricción alguna, y en los mayores pararse y ser acompañados al baño si así lo desean. Es excepcional que la madre no interprete o no realice bien las indicaciones administradas por muy poco ilustrada que sea y cualesquiera sean las condiciones en que se desenvuelva. Es primordial que se haya previsto una fácil comunicación telefónica o personal entre la familia y el médico tratante o la institución, la tarde o noche de la operación. Esto genera confianza y ahuyenta temores. Y es bueno incitar a la madre a informar el estado del paciente aunque este sea satisfactorio.

Dentro de los tres días siguientes, por lo general, y según el estado del niño, su edad, la operación efectuada, si se han dejado o no drenajes, la distancia y la facilidad de transporte se cita al niño al consultorio externo.

Debe instruirse a la madre que el niño debe tomar sólo líquidos a voluntad pero en pequeñas cantidades a partir del mediodía y sólo leche y galletas o golosinas a últimas horas de la tarde si no sucedieron vómitos; al día siguiente se le suministrará desayuno normal y alimentación liviana hasta ser visto nuevamente. Que tendrá dolor y fiebre transitorios. Que no orinará hasta varias horas después de la operación y que estas horas se extenderán aún más si la operación ha sido pélvica por temor al dolor al hacer (hernia, fimosis, varicocele).

#### *Consideraciones quirúrgicas*

Algunas operaciones han pasado a ser en ocasiones ambulatorias al modificarse la técnica quirúrgica. Esta modificación no se efectuó a ese efecto precisamente, pero

ella permitió usufructuar esa posibilidad. Tal es el caso de la ectopía testicular. Hace más de 25 años desterramos para siempre la fijación del testículo al muslo para mantenerlo "fijo in-situ y no se escape". Este hecho posibilitó en alguna medida que algunos pacientes pudieran ser operados ambulatoriamente.

También se desterró para siempre todo tipo de tracciones, yesos, minervas, tendientes a mantener hiperextendido el cuello y la cabeza en el postoperatorio de la tortícolis congénita. Por la modificación técnica que se instituyó hace más de 20 años, la mayoría de estos pacientes no es forzoso que queden internados más de unas horas o un día.

La no apertura en la hernia inguinal del lactante, de la aponeurosis del oblicuo mayor facilita el postoperatorio del niño. En aquellos casos en que sí se abre (niños mayores de 7 años) se la reconstituye simplemente sin efectuar ningún tipo de plástica reforzadora o tensora pre o retrofunicular. Cualquier tipo de sutura hipertensionada en cualquier capa de los tegumentos no sólo es perjudicial para los tejidos sino que incomoda al niño aún más que la incisión misma.

La anestesia local sólo se usó para incisiones y drenajes de abscesos y para algunos casos de frenillo lingual. Es aconsejable en estos casos, sin embargo, la presencia del anestesiista.

La hernia inguinal se ha constituido entre los actos quirúrgicos importantes, que con mayor frecuencia es operado ambulatoriamente<sup>27-28</sup>. Casi el 100% de los lactantes siguieron esta conducta. Extrapolando las cifras consignadas en la estadística al período de 1955-1985, no menos de 1500 hernias están comprendidas en aquella. Aunque hubo esporádicos casos de edemas importantes o hematomas, no se registra ningún caso de internación a los efectos de tratarlas. Estos datos sirven como referencia para todas las otras operaciones de igual o menor magnitud.

La ectopía testicular, los quistes tiroglósos, varicocele, la tortícolis congénita y algunas otras son operaciones de mediana a gran importancia que presentarán variaciones tales que siempre habrá casos para ser operados ambulatoriamente y casos que deberán ser internados. Hacemos notar que un número muy significativo de estos últimos suelen ser internados sólo hasta el día siguiente, por lo cual son "casi" ambulatorios.

Hasta la actualidad, se han realizado en el Hospital de Clínicas 4500 procedimientos quirúrgicos ambulatorios.

#### Estadística anual de cirugía pediátrica ambulatoria

Hernia inguinal	50
Patología de prepucio	46
Patología bucal	12
Biopsias	10
Abscesos	7

Tumores de piel escisión	7
Frenillo lingual	5
Patología de los dedos	5
Cuerpos extraños	4
Quistes	3
Quistes de cordón	2
Hidrocele	2
Oreja en asa	2
Hernia umbilical	2
Ectopía testicular	2
Ginecomastia	1
Meatotomía glande	1
Osteocondroma	1
Varicocele	1
Fistulas preauriculares	—
Queloides	—
Tortícolis congénita	—
Quiste tiroglóso	—
<b>TOTAL</b>	<b>168</b>

Representa el 67% de los operados

#### Cirugía plástica ambulatoria

La cirugía plástica es, y ha sido dentro de las especialidades quirúrgicas, una de las que más puede practicarse en forma ambulatoria<sup>109</sup>. Debido a que un elevado número de sus pacientes no son enfermos, y que en la mayoría de los casos sólo se requiere como cuidados postoperatorios el reposo en cama y administración de alimentos, analgésicos o antibióticos, la hospitalización se hace innecesaria, reservándose sólo para aquellos casos en que la cirugía, por su envergadura, pueda producir descompensación sistémica que requiera una vigilancia estricta o reposo absoluto impuesto por determinado procedimiento quirúrgico. Indudablemente, esto lleva a una disminución importante de los costos, si bien para muchos pacientes significa cierta inseguridad en su control postoperatorio. Esto se compensa con una explicación detallada de la cirugía, sus eventuales complicaciones y de los cuidados que deben observarse, ofreciendo la seguridad que el plantel médico está dispuesto a atenderlo ante cualquier urgencia. La emergencia más frecuente en cirugía plástica en pacientes ambulatorios, es el sangrado y hematoma que pueda requerir en el postoperatorio inmediato la exploración de la herida. Por lo tanto, uno de los recaudos quirúrgicos más importantes a tener en cuenta en pacientes ambulatorios, es la hemostasia cuidadosa (completada eventualmente con drenajes y vendajes compresivos).

En la división cirugía plástica del Hospital de Clínicas "José de San Martín", en el período entre enero de 1990 y enero de 1991, se realizaron en total 530 intervenciones quirúrgicas de las cuales 422 (el 79,6% del total) fueron ambulatorias.

Como conclusión puede decirse que como excepción

de pacientes sometidos a cirugías con movilización importante de tejidos o que puedan tener hemorragias considerables, obstrucción de las vías respiratorias o complicaciones vasculares mayores, la cirugía plástica puede desarrollarse con eficacia y seguridad en forma ambulatoria.

*Cirugía Plástica Ambulatoria  
Hospital de Clínicas*

Lesiones cutáneas	155
Rinoplastias	87
Blefaroplastias	46
Ritidoplastias cervicofaciales	39
Reparaciones con colgajos e injertos	30
Auriculoplastias	18
Mastoplastias aumentativas	15
Expansores	7
Mastopexias	5
Dermabrasión	5
Trauma maxilofacial	5
Lipoaspiración	4
Adenomastectomía	2
Capsulectomía mamaria	2
Mentoplastias	2
<b>TOTAL</b>	<b>422</b>

*Cirugía oftalmológica ambulatoria*

En los últimos 20 años se ha producido una verdadera revolución en la cirugía oftalmológica, debido a una serie de adelantos tecnológicos que incluyen el uso del microscopio quirúrgico, el desarrollo de la cirugía laser, la introducción de materiales de sutura más fuertes y finos, la invención del facoemulsificador para la cirugía de la catarata, el uso de los lentes intraoculares y la unidad de vitrectomía.

Todos estos elementos posibilitan hoy en día que el tamaño de las incisiones realizadas sea cada vez más pequeño, permitiendo una ambulancia más temprana y segura del paciente.

La disponibilidad de antibióticos, esteroides y sustancias viscoelásticas disminuyó notablemente la incidencia de complicaciones post-quirúrgicas. Por esto, es que prácticamente toda la cirugía oftalmológica se puede realizar en forma ambulatoria<sup>96-138</sup>, salvo algunas excepciones, como ser cirugía de órbita, de vías lagrimales, algunos casos de cirugía de retina y glaucoma o pacientes diabéticos. En los primeros dos casos se debe al eventual sangrado en las primeras 24 horas. En el tercer caso existen determinadas cirugías que requieren de un reposo absoluto o en el uso de gases intraoculares expansibles donde se debe realizar un riguroso control de la presión intraocular.

El paciente diabético, en general no tolera muy bien la

cirugía, la cual muchas veces es causa de descompensación metabólica, que se maneja mejor estando el paciente internado.

Por otro lado la más pronta recuperación de los pacientes de una anestesia general y una mayor aceptación por parte del paciente de la anestesia local como método de elección, posibilitan que vuelva el mismo día de la cirugía a su casa.

De todas estas operaciones en el Hospital de Clínicas, las únicas que se realizan de rutina en forma ambulatoria son el estrabismo y las plásticas, que equivale a un 23% aproximadamente. En el primer caso se debe a que habitualmente no hay apertura del globo ocular, sólo se actúa sobre los músculos.

Con respecto al resto de la cirugía, en nuestro caso requiere al menos un día de internación o más debido a dos causas principales:

- 1) los pacientes viven lejos y no disponen de los medios adecuados para un transporte seguro o
- 2) las condiciones culturales y económicas de los enfermos no permiten el cuidado postoperatorio adecuado.

En aquellos casos que reúnen las condiciones necesarias, hemos empezado a realizar cirugía sin internación, pero todavía la proporción es pequeña. Tomando en cuenta la cirugía de catarata, de las cuales se realizan en promedio unas 30 mensuales, entre noviembre y diciembre de 1990, se operaron bajo el régimen ambulatorio 24 pacientes.

Como conclusión podemos decir que utilizamos la anestesia local como método de elección en todos los pacientes que lo permiten; en la medida que mejoren las condiciones socioeconómicas de los mismos, podremos realizar cada vez más operaciones en forma ambulatoria.

*Cirugía ortopédica ambulatoria*

En lo que concierne a la cirugía ortopédica, se hace referencia a la importancia de dos factores:

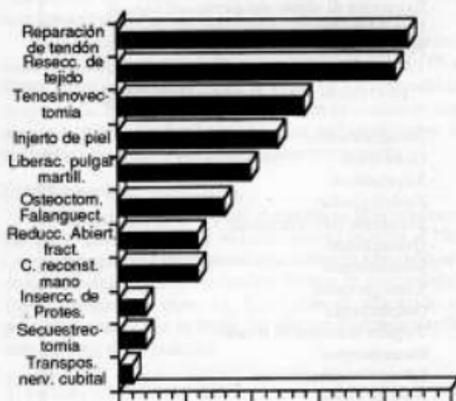
- 1) las indicaciones se dan por escrito, a veces antes de la operación; debe explicarse bien la sintomatología propia de una posible complicación (edema, cambios de coloración y temperatura de los dedos) y recalcar el mantener el miembro operado en alto.
- 2) los vendajes o yesos postoperatorios pueden y a veces deben sangrar; esto debe advertirse, al igual que la excesiva compresión de los mismos que podría derivar en lesiones graves e irreversibles del miembro.

Cabe considerar la influencia de las condiciones socioeconómicas de los pacientes. Esto parece obvio, pero

debemos tener en cuenta que en nuestro medio el nivel de vida en general es muy distinto de aquel de un país desarrollado, sobre todo en pacientes hospitalarios. Sin ir más lejos, a veces se atienden pacientes del conurbano sin condiciones sanitarias mínimas, por no hablar de la situación económica a la hora de comprar medicamentos y descartables, que estando internados en el hospital obtendrían a un costo menor. Con respecto al núcleo familiar, debe existir una cierta estabilidad psicológica en la convivencia y que alguien se dedique lo suficiente a la atención del enfermo.

Otro punto a mencionar es el de la responsabilidad médico-legal. La cantidad de juicios contra profesionales de la salud ha crecido en forma importante en los últimos años. Tener al paciente internado facilita el seguimiento y las visitas postoperatorias, que muchas veces conviene que sean más de una vez al día, no tanto quizás por la complejidad del caso sino por el concepto que se crea el paciente y sus familiares de su médico: ya sabemos de la importancia del estado emocional ante la posibilidad de iniciar acciones legales.

#### Cirugía ortopédica ambulatoria



Cirugía Ortopédica Ambulatoria  
n=325

Biopsia	44
Descompresión del canal del carpo	32
Ganglionectomía	27
Artrograma	23
Reparación de tendón, tenotomía	22
Resección masa de tejido blando	21
Liberación de tendones	18
Remoción de cuerpo extraño	16
Tenosinovectomía	14
Artrodesis	13

Artroscopía	13
Injerto de piel	12
Liberación de pulgar en martillo	10
Reducción de fractura cerrada	8
Corrección de dedo en martillo	7
Reparo de nervio	7
Osteotomía, falangectomía	6
Remoción de uñas	5
Reducción abierta de fracturas	5
Cirugía reconstructiva de mano	5
Artroplastia	3
Exostosectomía	3
Drenaje de absceso	2
Neurólisis	2
Remoción de neuroma	2
Resección de bolsa olecraneana	2
Inserción de prótesis	2
Secuestrectomía	2
Injerto óseo	1
Bursectomía	1
Inyección de cortisona	1
Manipuleo articular	1
Resección de neuroma de Morton	1
Transposición de nervio cubital	1
<b>TOTAL</b>	<b>325</b>

#### Cirugía Urológica Ambulatoria

El total de procedimientos ambulatorios fue 84 (16,9%) de 498 operaciones urológicas. Estos fueron:

postectomías	41
frenulectomías	16
punción biopsia prostática	27

#### Cirugía ambulatoria en el paciente otorrinolaringológico

La cirugía ambulatoria en otorrinolaringología encuentra un amplio campo de aplicación, siempre y cuando se respeten las condiciones necesarias, ya sea de infraestructura como de la debida selección de los pacientes<sup>68-70</sup>. Con respecto a los procedimientos realizados en forma ambulatoria, las rinoplastias se realizan preferentemente con anestesia local y apoyo anestésico endovenoso con muy buena aceptación y tolerancia por parte del paciente. La septoplastia se realiza con anestesia general más infiltración local con Xilocaína al 1% con epinefrina, debido a lo reflexógeno de esta región. La técnica es con microscopio y a demanda. Las complicaciones son pocas y menores, principalmente hemorragia controlable con taponaje anterior durante 24 hs.

Todos los procedimientos otorrinolaringológicos en niños se realizaron con anestesia general, debido a la

posibilidad de accidentes cardiovasculares y de broncoaspiración hemática que pueden ocurrir con anestesia local y a lo agresivo que resulta para el paciente. Las complicaciones de la amigdalectomía fueron escasas e incluyen hemorragia, edema de úvula y paladar blando pero en ningún caso motivó la readmisión del paciente.

Todos los procedimientos concernientes a laringología y broncoesofagoscopia por vía endoscópica se realizaron bajo anestesia general.

A pesar de trabajar con un alto porcentaje de pacientes de riesgo aumentado, especialmente por la edad y trastornos respiratorios concomitantes, se registró un número reducido de accidentes intraoperatorios, todos recuperables.

El número total de procedimientos ambulatorios fue 2.209, (65,9%) del número total de operaciones otorrinolaringológicas (3.348).

*Cirugía Ambulatoria  
Otorrinolaringología  
n=2209*

Maniobras endoscópicas varias (colocación de teflon en cuerdas vocales, dilatación laríngea y esofágica, biopsia de lengua, resección de tercio posterior de cuerdas vocales endoscopia directa, biopsia laríngea, resección de pólipo o nódulo de cuerda vocal)	886
Otorrinolaringología infantil (adenoidectomía y amigdalectomía y colocación de tubos de ventilación oído medio)	377
Biopsias	300
Infiltraciones nerviosas	
Fosa pterigomaxilar	240
Nervio suboccipital de Arnold	120
Nervio infraorbitario	100
Reducción de fractura nasal	96
Rinoplastias y septoplastias	60
Sección de sinequias	48
Punción de senos paranasales	40
Polipectomía nasal anterior	36

*Cirugía ginecológica ambulatoria*

Sin duda es una de las especialidades pionera en la cirugía ambulatoria y que en nuestro país cuenta con Centros Independientes desde hace varios años. En el Hospital de Clínicas, a pesar de la gran experiencia en cirugía laparoscópica, uno de los pilares de los procedimientos ambulatorios, los pacientes no suelen irse el mismo día de alta debido a problemas socioeconómicos y al hecho de no haberse implementado esta modalidad de atención. Sin embargo de los procedimientos que a conti-

nuación describimos, fueron realizados en la Primera Cátedra de Ginecología; el 75% se estima que pudieron efectuarse en forma ambulatoria.

En el período que va desde el 1-VIII-85 al 1-III-91 se realizaron 1.364 laparoscopías, de las cuales 581 fueron diagnósticas y 778 operatorias.

De estas últimas, las intervenciones realizadas fueron:

- Ooforolisis:	416
- Salpingolisis:	297
- Fimbrioplastias:	150
- Salpingostomías:	122
- Quistectomías:	62
- Embarazo ectópico:	9
- Miomectomía:	11
- Extracción de DIU abdominal:	15
- Liberación sinequia cervical uterina:	23
- Omectomía:	1
- Salpingectomías:	9
- Ooforectomías:	3
- Tratamiento conservador embarazo ectópico:	2
- Sinequia uterina, debridación:	1
- Biopsias múltiples de ovario:	6
- Extracción de objeto intraperitoneal (aguja):	1
- Histeroscopías:	12
- Punción quiste:	7

En el último año (1-II-1990 al 1-III-1991)

- Desaglutinación:	4
- Ooforolisis:	37
- Salpingolisis:	25
- Fimbrioplastia:	4
- Extracción DIU abdominal:	2
- Quistectomía:	20
- Miomectomía:	3
- Salpingectomía:	5
- Ooforectomía:	2
- Biopsias múltiples de ovario:	4
- Histeroscopías:	12
- Liberación adherencias:	12
- Punción quiste:	7

*Cirugía ginecológica ambulatoria en un centro independiente*

Se realizan habitualmente:

1) crioterapia:

Método alternativo de tratamiento de pacientes con lesiones del tracto genital inferior; es indicación electiva en lesiones limitadas a la porción visible de la zona de transformación cervical en la mujer o limitadas en extensión en el hombre.

**Ventajas:**

No afecta la capacidad reproductiva, es económica y ambulatoria. Aplicado en el cérvix no requiere anestesia ni analgésicos. En otras localizaciones, sólo infiltración local.

**Complicaciones:**

La presencia de cambios vasomotores, dolor de cabeza y reacción vagal, que son raros (15%). Lo impredecible hace aconsejable que los pacientes vengan acompañados.

**2) laserterapia**

Método destructivo de alto poder y precisión electiva en las lesiones preneoplásicas del tracto genital inferior y en aquellas lesiones virales cervicales que por su extensión no aseguran su control con la crioterapia.

**Ventajas:**

No afecta la capacidad reproductiva, es ambulatoria, más costoso que la crioterapia por requerir una tecnología más compleja.

En lesiones cervicales puede requerir analgesia o anestesia regional (paracervical) en un alto porcentaje (75 a 80%). En el resto de las localizaciones, es imprescindible la anestesia. En las lesiones limitadas en extensión se usa anestesia local. En lesiones extensas vulvovaginales, o limitadas pencañas o perianales anestesia general.

**Complicaciones:**

La hemorragia genital postoperatoria es la única complicación que se observa y su incidencia es inferior al 1%. La metrorragia post tratamiento que se asocia a las destrucciones cervicales que exceden los 10 mm de profundidad suelen presentarse entre los 5 y 7 días de efectuado el procedimiento y por lo tanto, no afectan la condición de ambulatorio de la práctica.

**3) microcolpohisteroscopia**

Se efectuó como instrumento explorador de la cavidad uterina con el objeto de buscar la etiología de diversas formas funcionales u orgánicas de metrorragias y como instrumento operador en la extirpación de pólipos endometriales, extracción de dispositivos intrauterinos, dilatación de sinequias uterinas, corrección de malformaciones, etc. Se utilizó anestesia general en 35 de los procedimientos operatorios; el resto se efectuó con bloqueo paracervical. La totalidad de los procedimientos exploratorios sólo requirieron analgesia, favorecida por la posibilidad de la dilatación cervical con dióxido de carbono que proporciona el instrumento. No se presentaron complicaciones que comprometieran su condición de ambulatorio, como per-

foraciones uterinas, hemorragias o cuadros de sepsis.

La estadística global del centro independiente de cirugía ginecológica ambulatoria es:

*Cirugía Ginecológica Ambulatoria  
en un centro independiente \**

Microcolpohisteroscopia	1.210
Laserterapia cervical	695
Crioterapia cervical	510
Crioterapia peneana	73
Crioterapia vulvar	26
Laserterapia vaginal	22
Laserterapia vulvar,	20
Laserterapia perianal	15

\* Centro Médico de la Mujer (Dres. G. di Paola, C. Sananes, A. Giaroli y Videla Rivero).

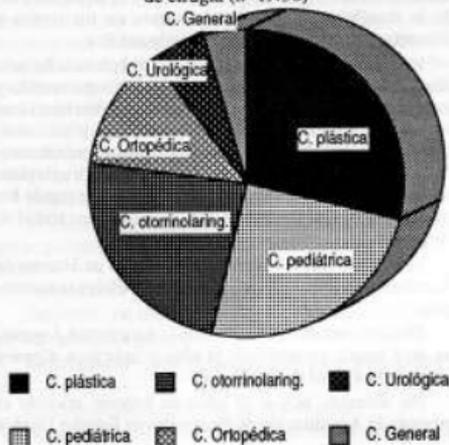
**Estadística global**

Sobre un total de 3.248 operaciones realizadas en el período Marzo 1990 a Marzo 1991.44, 17% de las mismas se hicieron en forma ambulatoria. (ver gráfico 22)

Sobre un total de 1.215 operaciones en cirugía general realizadas en el período 1990-1991, 230 (18,9%) correspondieron a cirugía ambulatoria (cuadro 10).

Durante ese período, el 60,9% de las hernioplastias y el 80,6% de las safenectomías se hicieron en forma ambulatoria, en tanto que los tumores benignos de mama se trataron en su totalidad, según esta modalidad de tratamiento.

Gráfico 22.- Tratamientos ambulatorios según servicio de cirugía (n=1.430)



CUADRO 10  
Tratamientos en Cirugía general

Procedimiento		Ambulatoria	Internación	Total
		n	n	n
- Hemiorrafia	bilateral	3	6	9
	recidivada	0	4	4
	inguinal	68	42	110
	crural	5	0	5
	Spiegel	1	0	1
	umbilical	8	2	10
	epigástrica	1	1	2
Subtotal		86 (60,9%)	55 (39,1%)	141
- Várices miembro inferior		50 (80,6%)	12 (19,4%)	62
- Cuadrantectomía mamaria		52 (100%)	0	52
- Hemorroides		10	4	14
- Fístula anal		10	7	17
- Condiloma anal		2	0	2
- Quiste sacrococcigeo 14 (100%)			0	
- Fisura anal		6	5	11
Total		230 (73,5%)	83 (26,5%)	313

## IX. ACREDITACION DE UN CENTRO DE CIRUGIA AMBULATORIA

El sistema de salud en nuestro país se encuentra atravesando una crisis económico-financiera expresada básicamente por una menor disponibilidad de recursos. Por otra parte, la crisis del modelo prestador está evidenciada por que la oferta de Servicios se expande independientemente de los objetivos de salud, condicionando la demanda; a su vez no responde en su totalidad a las verdaderas necesidades de salud de la población. El resultado es un incremento de la insuficiencia global del sistema en los costos y disminución de la calidad de atención médica.

Uno de los objetivos de la cirugía ambulatoria ha sido disminuir los costos, sin bajar la calidad. En ese sentido y teniendo en cuenta que muchos centros pueden funcionar independientemente de hospitales (públicos y privados) como ya existen algunos en nuestro país, especialmente dedicados a alguna especialidad (ginecología, cirugía plástica); se hace necesaria una normatización que regule los procedimientos para garantizar la seguridad y la calidad de atención.

Varios han sido los intentos de desarrollar un Sistema de Acreditación de Establecimientos Asistenciales en nuestro país.

Distintas entidades, entre otras la Asociación Argentina de Cirugía, propusieron la idea y aplicaron algunos programas a nivel de Servicios.

No obstante, hoy a 73 años de haberse iniciado el proceso de Acreditación de Hospitales en Estados Unidos

56-57-126 la Argentina carece de un programa integral que evalúe y garantice la calidad de atención médica. Es decir que mientras se desarrolla en el Sistema de Salud de la Argentina una de las crisis de mayores proporciones<sup>65</sup>, la atención queda librada a las instituciones, profesionales sin mecanismos que evalúen su calidad.

Si bien el estado a través de la Secretaría de Salud Pública es quien habilita nuevos centros de atención médica, no existe ningún mecanismo específico para un Centro de Cirugía Ambulatoria y lo que es más grave, ningún sistema que evalúe las prestaciones que allí se realizan y la resultante de las mismas.

En resumen, la calidad de atención está fuertemente influida por las distintas variables que actúan sobre el sistema de salud y no está protegida por programas o instrumentos que permitan su evaluación<sup>93-94</sup>.

Un ente que cumple con esos objetivos podría formarse y tendría una sección para los programas de cirugía ambulatoria. Su acción permitiría de alguna manera que el público y los aseguradores de Salud (Obras Sociales, Sistemas Prepagos) tengan la posibilidad de conocer cuáles son los centros acreditados al principio en forma voluntaria y algún día en forma obligatoria. En Estados Unidos el American College of Surgeons, fue pionero en evaluar (en forma voluntaria)<sup>78</sup> los distintos centros de salud, así como en acreditar al personal médico y paramédico que allí se desempeña, constituyendo a través de su participación

en la "Joint Commission on Acreditación of Hospital" (JCAH) un punto de referencia fundamental para el público y los sistemas de seguros. Por tal motivo, es importante reseñar cuáles son los mecanismos por los que se llegó a estos objetivos. La creación en 1917 del "Hospital Standardization Program" por el American College of Surgeons y posteriormente en 1951 de la "JCAH", tuvo como objetivo central velar por la calidad de la atención.

Esto se logra a través de una serie de Normas (standards), que en el caso de cirugía ambulatoria incluye a las que rigen para un centro asociado a un Hospital y otras para los centros independientes ("freestanding")<sup>77</sup>.

El valor que tiene esta acreditación es que al ser voluntaria implica que el plantel médico de dicho centro expuso su conformidad para que una Institución Privada evalúe su trabajo y exprese su opinión sobre el nivel de calidad.

El prestigio que adquirió la "JCAH", hizo que dicha acreditación sea buscada por el público y por los entes aseguradores como indicadores de buen servicio. La recopilación de las Normas que rigen el funcionamiento de los centros de cirugía ambulatoria están publicados en el "Ambulatory Health Care Standards Manual" y la "Accreditation Manual for Hospital" (el primero de los centros independientes y el segundo para los que están vinculados a un Hospital). Estas normas fueron desarrolladas por un grupo de expertos de la "JCAH" y un consenso entre una gran variedad de profesionales de distintas especialidades.

Las normas fueron revisadas por una comisión ("Professional and Technical Advisory Committee-PTAC") formada por representantes de organizaciones médicas y responsables de la cirugía ambulatoria.

Las organizaciones miembros de la "PTAC" son:

- American Academy of Family Physicians,
- American Academy of Pediatrics,
- American College of Emergency Physicians,
- American College Health Association,
- American College of Obstetricians and Gynecologist,
- American College of Physicians,
- American College of Surgeons,
- American Dental Association,
- American Hospital Association,
- American Medical Association,
- American Nurses Association,
- American Society of Anesthesiologists,
- National Association of Community Health Center.

Una vez que esta Comisión aprueba las Normas, son enviadas a la Comisión de Análisis de Procedimientos y luego son distribuidas miles de copias para lograr consenso y recabar opiniones. Finalmente el "Board of Commissioners" es el encargado de establecer las Normas que se

publicarán, siendo en la cirugía ambulatoria el "Ambulatory Health Care Standards Manual" o "Accreditation Manual for Hospitals" de acuerdo al modelo de centro de cirugía ambulatoria.

Las Normas (standard) pueden ser definidas como el nivel o grado de excelencia. Algo usado por un acuerdo general para determinar si algo está bien hecho. En cirugía ambulatoria hay fundamentalmente tres tipos:

- 1) normas para el plantel profesional (cirujanos, anestelistas, enfermeras);
- 2) normas para evaluar la calidad del programa en marcha y
- 3) normas para el registro y documentación médica.

Con respecto a las Normas para el plantel profesional se refieren fundamentalmente a la certificación de los médicos basadas en su educación, entrenamiento, experiencia y competencia. Esta certificación debe ser renovada periódicamente y todo el personal debe ser evaluado. El proceso de acreditación es voluntario y basado en Normas que son analizadas por "pares" de los que lo piden, enfatizando más la educación que la regulación y penalidad, logrando que el proceso agregue credibilidad a los profesionales que han elegido trabajos bajo estas Normas.

Un cambio reciente en Estados Unidos es la creación en 1988 de la organización de juicio crítico por los pares ("peer review organization-PRO's") a cuyo análisis deben ser sometidos los centros de cirugía ambulatoria<sup>77</sup>. Medicare en 1989 estableció que para cubrir los gastos de un enfermo asistido en un centro Independiente, debe estar evaluado por PRO's. Hasta ahora han sido acreditadas 300 unidades con este método.

Con respecto a las Normas para evaluar la Calidad del Servicio Prestado ("Quality Assurance") la "JCAH", tiene un programa diseñado para que objetivamente monitoree y evalúe la calidad de las prestaciones y pueda identificar los problemas que puedan presentarse. Al mismo tiempo estimula a los distintos centros para que independientemente de la "JCAH" dispongan de un programa propio para una evaluación continua, aconsejándose los siguientes parámetros:

- Indicaciones para la cirugía.
- Morbilidad (Ej. Complicaciones vasculares, neurológicas, pulmonares, cardíacas, reacciones por drogas, infecciones).
- Promedio de pacientes con ASA III.
- Pacientes con anestesia local, que hubo que suplementar con anestesia general.
- Discrepancias entre el diagnóstico pre y postoperatorio.
- Enfermos que requirieron su internación.
- Número de pacientes que fueron dados de alta sin

acompañantes.

Pacientes incapaces de dejar el Centro a las 8 hs del post operatorio.

Pacientes que vomitaron en la sala de recuperación, más de 2 veces.

Pacientes con dolor que requirieron muchas dosis de analgésicos narcóticos.

Mal entendimiento de las instrucciones postoperatorias por parte de los pacientes.

Una vez que han sido elegidos los parámetros clínicos para esta evaluación se los debe comparar con los de Centros de mayor experiencia. Cuando los resultados son muy diferentes se deben implementar cambios y seguir con la evaluación.

Por último las Normas para los registros médicos ("Medical Reports") tienen por objetivo que se registre al paciente en cuanto a su historia clínica y procedimientos de la misma manera que al internado. Con respecto a la Historia Clínica, si bien se puede utilizar un modelo similar a las de los internados, la mayor parte de los centros usa modelos reducidos con los signos y procedimientos más frecuentes ya impresos, para facilitar su manejo. Sin embargo no debe confundirse un registro breve de la historia clínica con los datos positivos, con una historia breve pero insuficiente.

Todos los centros de cirugía ambulatoria son estimulados por la "JCAH" para seguir con un programa de autoevaluación mediante Normas editadas a tal fin. El "JCAH" envía un cuestionario al Centro que lo solicita y luego de 4 a 8 semanas realiza una entrevista durante 1 y 1/2 días ("on-site survey") observando operaciones y la documentación. Las conclusiones de dicha evaluación son relatadas al resto del plantel identificando los problemas que hayan surgido del análisis. Un informe escrito luego del análisis por el "Board of Commissioners" es devuelto al centro evaluado. La acreditación se da por 3 años y en algunos casos marcan algunos déficit que deben corregirse en un determinado tiempo. El equipo para evaluar está formado por un cirujano, un anestesiista, y un administrador entrenado en la aplicación de las normas. Son seleccionados por la "JCAH" en base a su jerarquía actual y experiencia en el tema, así como su interés en enseñar. El entrenamiento de dichos profesionales incluye un curso de 3 días donde se les enseña cómo aplicar las Normas y cómo evaluar su aplicación.

Además de la función de evaluar, la "JCAH" implementó otros Servicios para lograr una Acreditación:

- 1) Visita educacional: la "JCAH" envía durante 1 día (a pedido del centro) a un encuestador para explicar la aplicación de las Normas y aconsejar sobre los aspectos que deben ser manejados para pedir la acreditación.
- 2) "Workshops" y Publicaciones: se realizan seminarios

para estimular la aplicación de las Normas y aclarar sobre el proceso de acreditación. Además, independientemente del "Ambulatory Health Care Standards Manual", y el "Accreditation Manual for Hospital", la "JCAH" publica 4 números anuales sobre "Perspectives on Accreditation" y una revista mensual, "Quality Review Bulletin".

- 3) La "JCAH" retribuye a expertos que pueden dar conferencias sobre cirugía ambulatoria en distintos centros quirúrgicos.

Al dedicarse al desarrollo de programas que tienden a regular la calidad de atención médica, adquiere prioridad por la obligación social en brindar un sistema que garantice la mejor calidad posible.

Por otra parte, de mantenerse las actuales tendencias del sistema prestados, éste perderá aún más confiabilidad, y estará sometido a "pujas distributivas" que facilitarán la destrucción y/o desaparición de muchas instituciones. Es posible que entre las variables que participan en la configuración de este panorama, esté el hecho de que la calidad de atención médica fue interpretada casi exclusivamente en términos de complejidad.

En nuestro país está siendo discutido el desarrollo e implementación de proyectos relacionados con la regulación de la calidad. La seguridad social una de las fuentes principales de financiamiento del sector de salud; a través de Resoluciones (1988) ha creado la "Comisión Nacional de Acreditación de Servicios de Salud"<sup>25</sup> donde participan las Obras Sociales, los prestadores y la propia Secretaría de Salud. También es de destacar la iniciativa de algunos gobiernos provinciales que impulsaron reformas en sus jurisdicciones.

Paralelamente a lo descripto la CONFECLISA (Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina) propició dentro de su ámbito la discusión y confección de proyectos. En tal sentido, en 1987 aportó un documento base "Documentación, Categorización y Habilitación de Establecimientos Asistenciales en la República Argentina" (Proyecto ACHE). Las definiciones básicas<sup>92</sup> son:

*Categorización:* tabla o clasificación de los efectores ambulatorios y de internación de acuerdo con el criterio que se adopte (complejidad, riesgos de atención u otros) que permite definir niveles, concentrando actividades, clasificando las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización, según el tipo de establecimiento y configurando en el futuro una red de servicios.

*Acreditación:* es el procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención médica,

evaluando los estándares que pueden ser mínimos (definiendo el piso o base) o más elaborados y exigentes definiendo las categorías. Podría decirse que un establecimiento asistencial "acreditado" o es "acreditado" cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad.

**Habilitación:** es un procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria jurisdiccional o en quien ella delegue. Se efectúan habitualmente por única vez, previo a la puesta en funcionamiento del efector, y define las condiciones mínimas estructurales que debe poseer.

En el proyecto "A.C.H.E." se destaca la importancia de coordinar y relacionar el ámbito de la seguridad social (INOS-Obras Sociales) con los proyectos provinciales, ya que de no existir tal circunstancia podrían encontrarse propuestas con sentido o estructuras disímiles, que en lugar de proveer el ordenamiento al sistema actuarían en sentido inverso.

En la provincia de Buenos Aires, la Federación de Clínicas Sanatorias y Hospitales Privados (FECLIBA) propicia el análisis de sistemas de acreditación mínima<sup>55</sup>. En la Provincia de Córdoba, la Federación de Clínicas y Sanatorios (FECLISA) participa activamente en forma conjunta con el Ministerio de Salud en dicha Provincia a los efectos de replantear las normas de habilitación y su posterior relación con la categorización y acreditación<sup>100</sup>. Una situación similar se presenta en Santa Fé donde tanto la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Ciudad de Rosario como la Asociación de Clínicas Sanatorias y Sociedades de Atención Médica de Santa Fé participan con el Ministerio de Salud en actividades tendientes a la adecuación y mejoramiento de las normas vigentes<sup>99</sup>. También en otras provincias existen iniciativas de similares características<sup>17</sup>.

Todo parece indicar que existe un interés real en la implementación de programas que tienden a la regulación de la calidad de atención. En ese sentido, debe ser considerada como muy positiva la iniciativa que el sector privado propone para la totalidad del sistema, configurando una alternativa cuya viabilidad está virtualmente ligada casi con exclusividad a la voluntad política.

Recientemente la CONFELISA convocó a un grupo de trabajo constituido por el INSSyP (PAMI), la Sociedad Argentina de Auditoría Médica (SADAM), el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales y el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), creando la Comisión Mixta para el desarrollo de la calidad de la atención médica en la República Argentina (CONCAM) y esta organizó un comité científico integrado por la Sociedad Argentina de Pediatría, la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria, la Sociedad Argentina de Terapia

Intensiva, la Sociedad Argentina de Infectología y la Asociación Argentina de Cirugía.

Nuestra propuesta es a no olvidar a la cirugía ambulatoria en los programas de las Sociedades Científicas con procedimientos que en conjunto con la CONFELISA (o sus pares en las respectivas provincias) representantes de la Seguridad Social y las Sociedades de Auditoría Médica y de Administración de Hospitales) formen una Comisión cuyas funciones sean 99:

- 1) dictar Normas de mínima para establecer un Centro de cirugía ambulatoria, en lo que se refiere a estructura edilicia;
- 2) propender a que los profesionales sean certificados por sus respectivas Sociedades Científicas;
- 3) sugerir los procedimientos que pueden realizarse en un centro de cirugía ambulatoria y los criterios de selección de pacientes;
- 4) evaluar periódicamente los resultados de cada centro con parámetros ya aceptados universalmente e incentivar la autoevaluación como método de auditoría continua.
- 5) establecer un programa de enseñanza de los alcances de la cirugía ambulatoria y las Normas que la deben regir.
- 6) exigir que los centros independientes de los Hospitales (públicos o privados) dispongan de un mecanismo de derivación para aquellos pacientes que requieran internación (Lugar de derivación, medio de traslado equipado, etc.).

La evaluación y eventual acreditación, debería ser voluntaria, pero es importante que la misma adquiera importancia en nuestro Sistema de Salud, a través de su difusión al público y fundamentalmente a los entes aseguradores, estimulando una sana competencia basada en el control de la calidad de atención.

Como ejemplo de lo que debe exigirse a un Centro de Cirugía Ambulatoria relatemos algunas Normas actualmente vigentes en centros de Estados Unidos y Europa:

- 1) certificación de los profesionales (médicos, enfermeras);
- 2) un anestesiólogo certificado debe permanecer en el centro de cirugía hasta que el paciente es dado de alta, cuando se efectúa anestesia general;
- 3) el centro deberá tener al menos dos quirófanos y una sala de recuperación con las características definidas para cualquier estructura hospitalaria. Entre otras cosas, deberá contarse con un Comité de Infecciones que vigile y evalúe el medio donde se llevan a cabo las intervencio-

nes;

- 4) deberá contar con equipo de radiología y laboratorio (para los centros que funcionan dentro de un hospital podrá usarse la infraestructura del mismo);
- 5) contar con personal entrenado (enfermeras profesionales) para la vigilancia del postoperatorio inmediato;
- 6) contar con el equipamiento necesario para las emergencias que puedan derivar de las operaciones (debe incluir un desfibrilador para paro

cardíaco, equipo de traqueostomía y un banco de sangre) y

- 7) Mantener un adecuado registro de los datos médicos (historia clínica, exámenes de laboratorio y radiológicos, partes operatorios y estado al alta).

Finalmente, la implementación de un centro de cirugía ambulatoria deberá tender a formar parte de un sistema de salud de una comunidad y no una fragmentación del mismo.

## X. ASPECTOS MEDICO-LEGALES EN LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

El propósito de este apartado es debatir el marco jurídico médico-legal en el cual se encuentra este tipo de cirugía. La misma no escapa de los parámetros habituales y de las normativas legales que encuadran cualquier otro tipo de práctica médica en general y quirúrgica, en particular.

Pero se intentará aplicar las pautas y normativas de acción al campo que nos ocupa: el de la cirugía mayor ambulatoria.

Antes de entrar al análisis, se debe reafirmar que la cirugía mayor ambulatoria constituye una modalidad aceptada de tratamiento para ciertos y determinados pacientes y patologías, en las circunstancias adecuadas. Por lo tanto hay ciertos procedimientos y determinados pacientes que van a requerir la internación habitual. El criterio de selección estará dado por el correcto criterio del profesional interviniente; una decisión desafortunada lo haría incurrir en imprudencia<sup>7</sup>.

No haremos mayor referencia a las instalaciones donde se lleva a cabo este tipo de cirugía<sup>8</sup>, pero el hecho del acortamiento del período de la internación no significa que los procedimientos se realicen en lugares que no cuenten con toda la infraestructura necesaria para hacer frente a cualquier contingencia o eventual complicación. Así en nuestro país, los establecimientos sanitarios deberán cumplir con las normas de habilitación dispuestas por la autoridad sanitaria, ley 17132 y su decreto reglamentario 6.216/67 y sería deseable que estuvieran acreditados.

Como puntualizara Sanguinetti<sup>21</sup> debemos delimitar el aspecto civil y penal dentro de la responsabilidad profesional del cirujano y, a su vez, distinguir ésta de la responsabilidad de la Institución.

Fue Andrés Dupin, nombrado Fiscal General en 1.830 por Luis Felipe de Orleans, quien sentó la verdadera doctrina de la responsabilidad profesional médica, en conclusiones ya clásicas, a raíz del caso del doctor Thou-

ret-Noroy. "

*...Queda a cargo del juez, en cada caso, determinar cuándo alguien debe ser considerado responsable de un acto cometido en el ejercicio de la profesión... Para que haya responsabilidad no es necesario buscar si existió intención, basta que haya habido negligencia, imprudencia, impericia grosera, y por lo tanto inexcusable..."*

Cuando se violan las normas del adecuado ejercicio profesional queda configurada la malpraxis<sup>6</sup>. La misma consiste en la omisión por parte del médico de prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión o accionar que da por resultado cierto perjuicio a éste. La malpraxis tiene 2 partes fundamentales:

- a) que el médico deje de cumplir con su deber,
- b) que como consecuencia de lo anterior cause un daño cierto al paciente<sup>3-4</sup>.

Para poder afirmar la existencia de malpraxis se debe comparar la conducta cuestionada con un estándar de cuidado, o sea establecer un parámetro de comparación. Quién dictaminará si en un caso determinado existió o no malpraxis es únicamente el juez, quien en su sentencia vincula la norma, el hecho en discusión y los sujetos, médico y presunta víctima.

Podemos resumir el adecuado estándar de cuidado según la evaluación de la conducta o performance del cirujano de los siguientes parámetros:

- el grado de habilidad o destreza de otros profesionales del mismo lugar o similar comunidad;

- el grado de cuidado, atención, diligencia o vigilancia, en el ejercicio de su profesión y
- la habilidad especial o destreza del especialista en determinada rama de la Medicina, si el profesional demandado se anunció como tal <sup>20</sup>.

Algunos de los interrogantes que plantea la cirugía mayor ambulatoria se refieren al consentimiento, a la responsabilidad del médico anestesiólogo y a la ocurrencia de complicaciones postoperatorias una vez que el enfermo ha sido dado de alta institucional.

En realidad no es muy correcto hablar del consentimiento del paciente, computando que el mismo es la voluntad convergente o coincidente de 2 partes; de allí que sería mucho más ortodoxo aludir sencillamente a la voluntad del enfermo. En principio el médico no puede efectuar ningún tipo de tratamiento sin recabar el consentimiento del paciente <sup>88</sup>. Pero se requiere, para que el consentimiento sea válido, que sea prestado por persona capaz y libre. ¿Se encuentra un paciente a punto de ser sometido a una intervención quirúrgica en esta situación? <sup>22</sup>.

Asimismo, algunos autores sostienen que no importa la forma sino la evidencia de que se ha prestado el mismo, como el cumplimiento de los análisis prequirúrgicos y de la orden de cirugía por parte del paciente, que aluden a la voluntad del mismo a someterse a un determinado procedimiento <sup>31</sup>.

El problema en la Argentina, radica en la falencia de normas que regulen la cuestión del consentimiento en forma apropiada, salvo la ley de trasplantes (21.541).

En nuestro país, la que regula el ejercicio de la medicina y actividades afines es la ley 17.132 que en su artículo 19° establece que los profesionales de esta rama están obligados, sin perjuicio de lo dispuesto en las demás normas vigentes, a "respetar la voluntad del paciente en cuanto a la negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causas de accidentes, tentativas de suicidio o delitos.

En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o alienación o gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz" (inc. 3°).

El precepto ha sido criticado al considerarse que contiene un ensayo casuístico y no anunciador de un principio general que remita a las normas de la ética profesional y al respeto a la persona humana, por entender que intenta una

absurda tabulación de casos que prácticamente parece dejar la vida a disposición del enfermo, al punto que, interpretada textualmente, "significaría haber establecido un derecho al suicidio, que puede hacerse valer contra el médico" <sup>40</sup>. Por consiguiente, a diferencia de otros países, el consentimiento escrito no es indispensable, siendo suficiente las instrucciones preoperatorias que al aceptarlas, indican la voluntad del paciente en aceptar el procedimiento quirúrgico en cuestión.

Respecto de la responsabilidad por inconvenientes surgidos de la anestesia, debemos ratificar que el médico anestesiólogo goza de autonomía científica, siendo responsable absoluto de la misma. Ya en 1945, Belbey cit <sup>36</sup> sostenía: "...en el caso de una operación en que actúan el cirujano y un médico anestesista, éste será responsable, ya que a él se encargó absolutamente la vigilancia de esta función, cualquiera sea su situación frente al cirujano. Si éste aconseja tal o cual producto o método a utilizar en la operación, pueden suceder 2 cosas: 1) el médico anestesista está de acuerdo.

Es indudable su sola responsabilidad; 2) no está de acuerdo, pero hace caso al cirujano y actúa: su responsabilidad no queda excluida, puesto que es libre de renunciar a actuar contra su conciencia y ciencia. Si lo hace, es bajo su propia responsabilidad. En el caso de la cirugía ambulatoria, la recuperación post-anestésica deberá quedar registrada y será su valoración responsabilidad del anestesiólogo actuante.

Con respecto al surgimiento de complicaciones en el postoperatorio <sup>79</sup>, una vez que el enfermo abandonó la institución, es fundamental que conste en la historia clínica la condición del paciente al momento de su alta: que estaba en condiciones de una adecuada deambulacion, con funciones vitales correctas, que no presentaba globo vesical, etc.

Asimismo se asegurará una correcta comunicación entre el profesional y el paciente a fin de evacuar cualquier tipo de consulta indicándole en forma escrita con quien deberá recurrir si existe algún inconveniente.

Teniendo en cuenta estos conceptos, la práctica de la cirugía ambulatoria cuando se realiza en lugares adecuados y se usan los criterios apropiados para la selección de pacientes y procedimientos, no implica mayor riesgo de demanda por mala praxis.

Sin embargo la acreditación de los centros de cirugía ambulatoria y el apoyo de las Sociedades Científicas mediante la normatización de selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos ambulatorios serían de gran utilidad, brindando mayor confianza en su implementación.

## XI. DOCENCIA: ASPECTOS

Un desafío en los Centros que adoptan esta modalidad terapéutica es la implementación de la enseñanza en los alumnos y Residentes a pesar de la corta estadía de los pacientes. Usualmente la enseñanza de pregrado así como el entrenamiento de los Residentes incluye el examen físico de los enfermos en el preoperatorio y el seguimiento postoperatorio inmediato, siendo estas prácticas difíciles de realizar en los pacientes ambulatorios. Algunos métodos han sido propuestos para solucionar este problema, siendo el más lógico en nuestra opinión el que hace participar a los médicos residentes y aún a los alumnos en la selección de pacientes para cirugía ambulatoria (ya sea en el consultorio externo en aquellos programas como el de nuestro Hospital donde la cirugía ambulatoria se desarrolla en el mismo ámbito físico o rotar por los centros de cirugía ambulatoria cuando éstos son independientes). Asimismo deberán tener instrucción especial en los procedimientos quirúrgicos, que en algunos casos difieren técnicamente cuando se realizan en forma ambulatoria.

El seguimiento de pacientes, que incluye una llamada telefónica dentro de las 24 horas, es otra actividad inherente a los cirujanos en su etapa de aprendizaje.

Es consenso en los lugares en donde está desarrollada este tipo de cirugía, que los Centros Universitarios no

deben interponer posibles desventajas en la enseñanza (que de hecho no existen), impidiendo la cirugía ambulatoria. Por otra parte, el crecimiento de este tipo de cirugía, aún en centros independientes, hace necesario que los cirujanos terminen sus programas de aprendizaje con los conocimientos necesarios para intervenir en este tipo de cirugía.

En nuestro hospital, en cirugía general, la puesta en marcha del programa ambulatorio no sólo no fue un obstáculo para los médicos residentes, sino que los mismos se vieron incentivados, haciéndolos participar con técnicas apropiadas (Shouldice para herniorrafias, aperturas de quistes sacrococcígeos, cuadrantectomías) y aumentando el volumen de operaciones que de otra manera, al existir algunas dificultades en la internación, se verían entorpecidas. Por último, las intervenciones de cirugía ambulatoria, son de una magnitud intermedia con gran frecuencia, y deben formar parte importante de cualquier programa de residencia en cirugía general.

En dos Hospitales Universitarios con programas de Cirugía Ambulatoria, la experiencia demostró su utilidad tanto desde el punto de vista costo/beneficio, como el de su aplicabilidad en este tipo de Instituciones<sup>9-108</sup>.

## XII. PLANEAMIENTO DE UN CENTRO DE CIRUGIA AMBULATORIA

Con el gran desarrollo de la cirugía ambulatoria en muchos países, todos los programas de salud están contemplando la implantación de sectores destinados a las mismas, tanto del punto de vista de la previsión de la superficie necesaria en los nuevos proyectos, como la remodelación de áreas ya existentes.

Para poder resolver satisfactoriamente el esquema funcional, es necesario tener un claro concepto sobre las actividades que se desarrollan y la secuencia de las mismas, y tener bien definidos los alcances de cirugía ambulatoria a brindar.

Una unidad de cirugía ambulatoria es, por definición, un edificio estructurado para un tratamiento quirúrgico programado cuyos pacientes arriban y se retiran del mismo en el día. Por lo tanto, las habitaciones de internación no son necesarias. Pero sí son necesarias las áreas de recuperación, de revisión, los servicios sanitarios, mantenimiento, y servicios generales, como así también rayos X, laboratorios, sector de historias clínicas, y espacios desti-

nados no sólo al personal sino también a los pacientes y sus familiares.

Las áreas de operaciones y recuperación que demanda este tipo de cirugía son tan complejas en lo mecánico y eléctrico como lo son en un hospital general. El proceso de planeamiento, diseño y construcción es complejo, dado que hasta para los más experimentados es difícil encontrar cuál es la óptima opción para satisfacer todas las expectativas de los pacientes, médicos e instituciones, invirtiendo la menor cantidad de capital.

*Proceso arquitectónico*

Desde el punto de vista arquitectónico, la estratégica ubicación de los sectores de apoyo, en relación con las salas de operaciones, genera islas que pivotean con sus respectivos sectores de control.

Por otro lado, y en contacto con el acceso propiamente

dicho, el centro de pivot es la sala de espera y admisión de pacientes, que se encontrará rodeada por zonas administrativas, laboratorios, rayos, preoperatorios, recuperatorios, etc., que se interconectarán en forma directa.

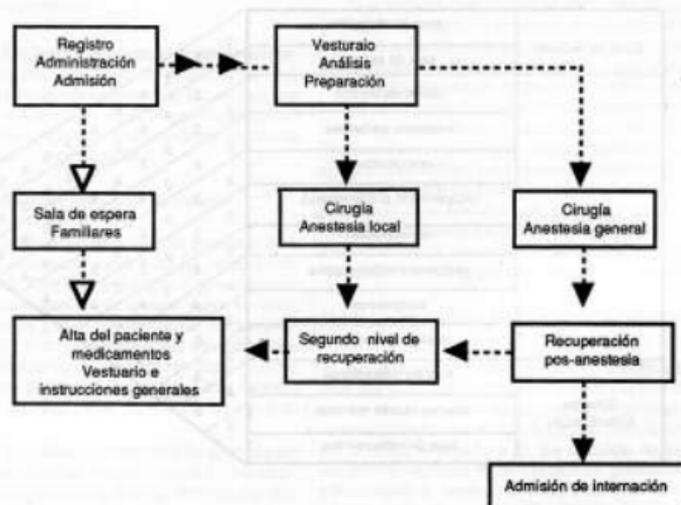
#### Espacios necesarios

Dentro del programa arquitectónico la determinación de los distintos ambientes y las dimensiones a destinar a cada uno, es el paso más importante. Son determinantes de la cantidad de ambientes, superficie de los mismos y tipos a definir, los equipamientos a instalar, los distintos casos a atender, las horas de operación, y las comodidades que se brindarán a pacientes y personal.

Es una regla aceptable a considerar que una sala de operaciones puede atender alrededor de 1000 pacientes por año, dependiendo de la cantidad de turnos diarios a realizar, la mayor o menor cantidad de pacientes a intervenir, pudiendo llegar a 1500 pacientes por sala. Todo esto deberá ser reflejado en el programa espacial de diseño. El siguiente diagrama nos permite visualizar los espacios necesarios para que un centro de cirugía ambulatoria pueda funcionar al igual que la interrelación de los mismos. Hay algunos sectores de apoyo, que con sólo una proximidad relativa, como las salas de recuperación, preparación y otras, cumple con los requisitos del programa.

Si una institución planea tener un área de recuperación de post anestesia y una de segundo nivel de recuperación, en la primera sólo será necesaria la existencia de pocas camas, mientras que la segunda área de recuperación tendrá una capacidad que será calculada en base al tiempo de recuperación y a las expectativas de reservas para operaciones futuras. Parece aparente que los espacios necesarios están basados en las metas a lograr, factores y conceptos analizados en la fase de programación. Hay un método aproximado para considerar una cantidad de metros cuadrados por persona, como en la sala de espera que se considera 1,5 m<sup>2</sup> por persona, 8 m<sup>2</sup> en las salas de recuperación y una superficie similar para las oficinas. Todos estos valores dependen a su vez de la cantidad de personas que utilicen el servicio y de la forma de organización del mismo. Es por esto que las medidas específicas de cada cuarto deberán ser programadas. Estas medidas dependen del uso previsto por pacientes y personal, además de las medidas del equipamiento a utilizar. Pese a todo hay superficies prefijadas, a saber el mínimo aceptable por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de América es de 25 m<sup>2</sup> para las salas de operaciones de cirugía ambulatoria. Esto nos demuestra que será menor que una sala de cirugía tradicional, pero además se tendrá que lograr una flexibilidad de usos mucho más importante, por posibles cambios de tecnología y variedad de casos.

Finalmente, un completo programa espacial, estará



dado por un estudio cuarto por cuarto, de la superficie a destinar, al igual que las menores circulaciones que los interrelacionen. Todo esto estará relacionado con un análisis de las instalaciones y del sistema estructural a realizar, para luego poder emplazar el edificio en su terreno.

#### Análisis funcional:

El diseño de la circulación de los pacientes, el personal, servicios y suministros tiene que ser muy bien examinado dentro del contexto del hospital o como una unidad independiente. El diagrama circulatorio proporciona un método de análisis sobre la base de las relaciones y las prioridades de los distintos componentes de la unidad de cirugía ambulatoria. Estas herramientas alientan al comité de planeamiento y al equipo arquitectónico a analizar y evaluar detalladamente los conceptos que servirán de guía básica para el diseño de las instalaciones.

#### Matriz de proximidad - Unidad de cirugía ambulatoria

En el momento actual donde existe tanta competencia dentro de los sistemas de salud, el sistema de cirugía ambulatoria es de extrema importancia, tanto como un determinante de diseño como también una herramienta comercial. La institución puede requerir que la unidad

aparezca como un elemento separado, claramente identificado como una unidad diferente y diferenciable del complejo hospitalario general. A la inversa se puede preferir presentar la unidad como una parte integrante del hospital, enfatizando el respaldo de los servicios de asistencia clínica y de la institución como un todo o como un elemento integral.

Cada organización debe determinar su propia imagen en el contexto de la comunidad general, de sus pacientes, de la cantidad de los mismos y de su situación en relación con las demás organizaciones hospitalarias.

#### Diseño esquemático

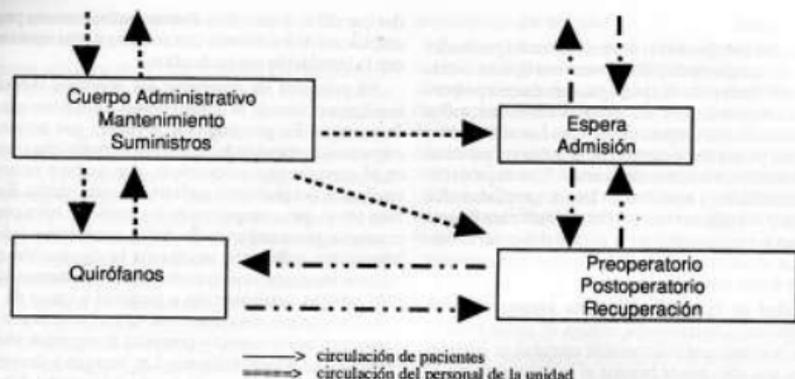
Los diagramas de relaciones como el que vemos a continuación, ayudan a resolver gráficamente el esquema deseado y el modelo circulatorio. (Ver página 50)

#### Equipamiento

Este es un ítem muy importante en el diseño de la unidad ya que de él dependerá en muchos casos la definición de ciertas áreas que integran la unidad de cirugía ambulatoria. La facilidad de transporte de los equipos móviles, los sistemas de arranque, instalación y funciona-



9.- Referencias: (5) No es importante su proximidad; (4) pueden estar próximos; (3) es deseable su proximidad; (2) deben estar próximos; (1) es imprescindible su proximidad



miento son tareas que deben ser analizadas antes de que entren en acción. Los estudios circulatorios para las personas, ya sean pacientes o personal de la unidad, y el equipamiento debe ser muy claro para minimizar los tiempos inútiles, períodos en los que la unidad de cirugía ambulatoria estará fuera de operación y disminuir las interrupciones que esto originaría. Esto último es más importante en un hospital, donde otras áreas pueden verse afectadas con estos movimientos.

#### *Dos opciones fundamentales*

Dos opciones fundamentales generalmente se presentan en la organización; estas son: la planificación y el diseño de la unidad de cirugía ambulatoria: 1) construir una nueva estructura o renovar un espacio ya existente o 2) construir una unidad totalmente independiente o ubicarla dentro de la unidad u hospital general.

#### *Nueva construcción o renovación de un espacio*

Las organizaciones sufren una serie de presiones para renovar espacios existentes, sobre todo las unidades de cirugía ambulatoria. Este tipo de cirugía es generalmente realizada en un corto período de tiempo y por lo tanto, alguien podría pensar que se puede realizar en cualquier espacio. También existe una realidad de ahorrar costos haciendo utilizar los espacios existentes en lugar de crear nuevos, específicos para estas funciones. Estos factores críticos deben ser evaluados antes de encarar un proyecto de renovación.

La vida útil de la unidad ya existente debe ser evaluada dentro de los requerimientos necesarios para la remodelación. Es imprescindible investigar los problemas que surgirían tratando de adaptar lo ya existente a los códigos específicos de esta especialidad. Una vez analizado, hay

que determinar cuáles son los costos efectivos de considerar este espacio existente.

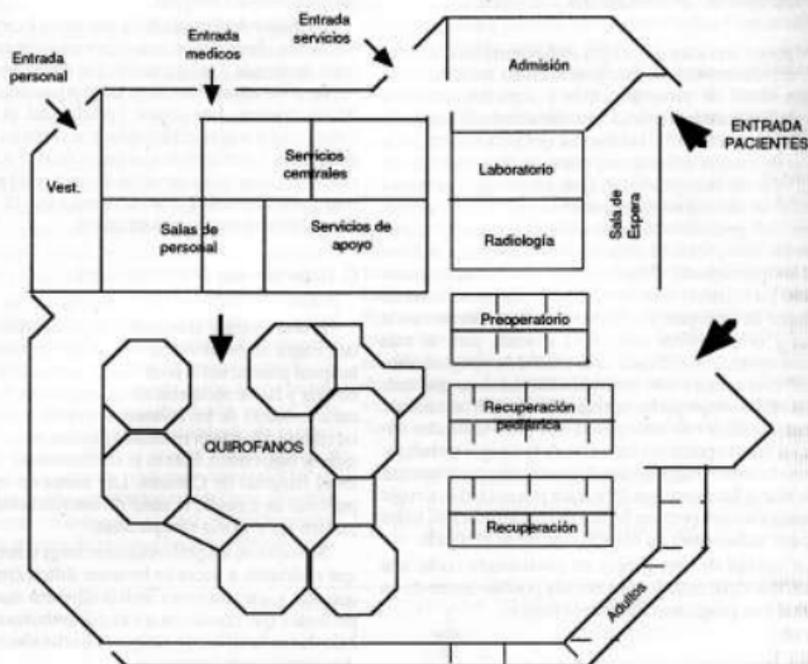
Diseñar una unidad de cirugía ambulatoria dentro de un edificio ya existente, puede aparecer como un problema. La forma exterior del edificio en cuestión, como así también los elementos estructurales que lo conforman puede dificultar el encontrar un espacio satisfactorio, para cumplir con eficiencia con las necesidades operativas de la unidad. Futuras ampliaciones o transformación pueden verse severamente comprometidas.

Si el espacio considerado se encuentra dentro de una unidad hospitalaria, el personal de planificación deberá evaluar los efectos contraproducentes que surgirán durante la remodelación. Para no interrumpir o cerrar algunos de los servicios durante la construcción y minimizar las interrupciones, el proyecto debe tener claramente definido las diferentes etapas de su realización y los costos del trabajo. Finalmente es sabido que los constructores en general agregan altos índices a sus costos en las remodelaciones de viejas estructuras en tanto y en cuanto deben cubrirse por problemas desconocidos que pueden o no aparecer al comenzar los trabajos como serían, por ejemplo, obstáculos estructurales escondidos o determinados elementos mecánicos que no aparezcan claramente marcados.

#### *Unidad independiente integrante del hospital*

En suma, para evaluar los costos y beneficios de construir una unidad independiente comparado con remodelar o renovar una ya existente, la gerencia debe contraponer la construcción de una unidad de cirugía ambulatoria dentro del hospital o pegada a él. La decisión de construirla independientemente en otro predio es generalmente sencilla, cuando el objetivo es conquistar nuevos mercados, ampliar el ya existente o crear un nuevo centro de beneficios. En este caso la decisión está centrada en el mercado





Un centro de cirugía ambulatoria totalmente independiente, proporciona la más amplia oportunidad de diseñar, proyectar y organizar los espacios de la mejor manera posible. Esto optimizará los resultados a obtener y la capacidad de expansión que determinará la institución, asimismo todos los servicios auxiliares y propios del edificio serán diseñados y construidos especialmente para servir a esta estructura.

En una sociedad tan competitiva como la de hoy, no sólo la eficacia funcional y económica determinará una próspera unidad de cirugía ambulatoria, la atención también debe estar enfocada a crear un ambiente agradable que proporcione al paciente confort y conveniencia. Los pacientes que elijan este tipo de cirugía están necesitados de una mayor cantidad de elementos extras como agradables salas de espera, y "toilettes", un tratamiento personalizado, y privado.

Estas unidades predicen que hoy se internan, se operan y se retiran, por lo tanto implica fácil acceso, adecuado estacionamiento, claras señales de entrada y circulación

interna que son imprescindibles para obtener buenos resultados en el proyecto.

Buenos gráficos y señalizaciones correctas y puntos de orientación son considerados elementos claves en el diseño, especialmente en una unidad no independiente.

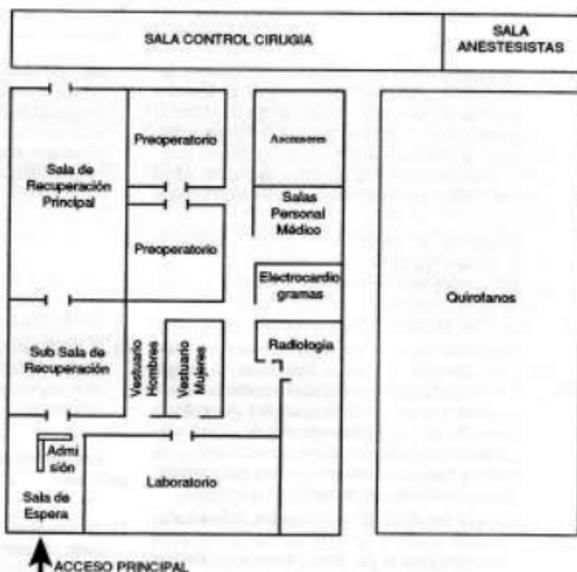
Un buen uso de los materiales de construcción, las terminaciones y decoración de las habitaciones, el color, la luz, el mobiliario, artículos de arte y plantas pueden contribuir a crear una atmósfera que promueva mayor confianza y seguridad en los pacientes y en el trabajo más placentero para el personal.

Aún en una unidad intrahospitalaria el uso de esos elementos pueden permitir la creación de un atractivo sector, la unidad de cirugía ambulatoria con una identidad propia.

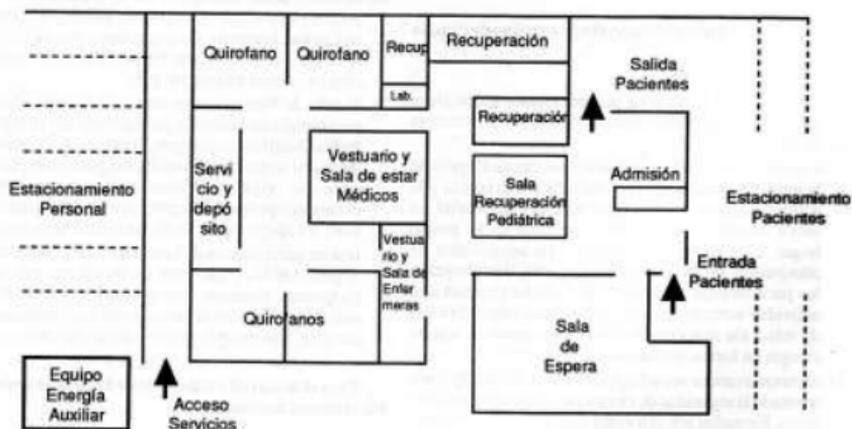
Los dos esquemas siguientes corresponden a unidades de cirugía ambulatoria construidas y que se encuentran funcionando en los Estados Unidos de América.

A. Corresponde al Hospital Universitario George Washington, Washington D.C. Es un ejemplo de una unidad intrahospitalaria.

A



B



B. Unidad de cirugía ambulatoria - Phoenix - Arizona - USA  
Ejemplo de unidad separada totalmente del hospital general.

## XIII. CONCLUSIONES

La cirugía ambulatoria ha crecido constantemente durante las últimas décadas, fundamentalmente en Estados Unidos, así como en menor escala en Europa (Inglaterra) y algunos países de Sudamérica (Colombia - Venezuela). El incremento de centros quirúrgicos ambulatorios independientes desde su inicio en 1970 cuando se establecieron los tres primeros llega en la actualidad en Estados Unidos a más de 800.

Específicamente, el crecimiento de esta modalidad de proveer el cuidado quirúrgico está representado por un aumento del número total de unidades de cirugía ambulatoria y un aumento en el número de procedimientos quirúrgicos que pueden efectuarse sin internación del paciente.

La cirugía ambulatoria en nuestro país está poco desarrollada, especialmente en algunas áreas como la cirugía general. Si bien en algunas especialidades como la cirugía plástica, oftalmología, otorrinolaringología y ginecología se han establecido centros independientes de cirugía ambulatoria, no ha sucedido lo mismo con procedimientos de cirugía general y fundamentalmente no está aún normatizada esta nueva modalidad de tratamiento quirúrgico.

La opinión de los cirujanos encuestados, mayoritariamente es que debe promoverse su desarrollo, teniendo en cuenta sus ventajas para el paciente y fundamentalmente para la implementación de un Sistema de Salud al reducir costos sin disminuir la calidad de atención.

#### Las razones para el desarrollo de este tipo de cirugía son:

- 1) la realización de algunos procedimientos quirúrgicos pueden hacerse en forma ambulatoria sin aumentar el riesgo;
- 2) la recuperación postoperatoria es más rápida después de la intervención cuando la deambulación es precoz y la actitud psíquica, como respuesta a la enfermedad, es mejor cuando se encuentra el paciente en su propio hogar. El dolor postoperatorio y las necesidades de administrar medicación para aliviarlo, disminuyen y los pacientes que no están hospitalizados regresan a su actividad normal antes que los hospitalizados. El riesgo de infección nosocomial disminuye cuando se realiza cirugía en forma ambulatoria;
- 3) algunos avances tecnológicos han simplificado y aumentado la seguridad de ciertos procedimientos quirúrgicos. Ejemplos son el uso del microscopio quirúrgico, el desarrollo de la cirugía laser y la cirugía laparoscópica. El empleo del Laser en el tratamiento de algunas lesiones tumorales e inflamatorias del tracto respiratorio superior y esofágico aumentan la realización de

estos procedimientos ambulatorios. La cirugía laparoscópica es otro ejemplo de avance tecnológico que está desplazando procedimientos hospitalarios sobre la base de enfermos ambulatorios, especialmente los procedimientos diagnósticos y terapéuticos implementados en ginecología, sobre todo en el área de esterilidad y últimamente algunos procedimientos, como la colecistectomía, ya se están realizando en forma ambulatoria;

- 4) la cirugía ambulatoria es eficaz en relación al costo. Es quizás el ejemplo más evidente de economía en el sistema de servicios médicos en un momento esencial, permitiendo una distribución más racional en los recursos de salud y
- 5) la implementación de cirugía ambulatoria en nuestro sistema hospitalario actual, puede significar una reducción importante de necesidad de camas y personal de enfermería.

#### Los inconvenientes para su aplicación en nuestro país son:

- 1) las condiciones socioeconómicas de un sector importante de nuestra población, que hace necesariamente implantar un sistema de apoyo para el cuidado postoperatorio inmediato domiciliario;
- 2) la distribución anárquica de la procedencia de los pacientes en algunos centros de salud, especialmente en Capital, hacen que la distancia sea otro inconveniente, al que suele agregarse los problemas de comunicación existentes en nuestro país;
- 3) la falta de Normas en la selección de procedimientos para cirugía ambulatoria, ya sea dictadas por las Sociedades Científicas correspondientes o los Colegios Médicos, así como la recomendación para su implementación, que originan temores en los cirujanos frente a eventuales problemas legales que puedan surgir, al no tener un apoyo explícito de estas Instituciones y
- 4) la poca participación de los cirujanos en los sistemas de Seguro Médico, que lejos de incentivar este tipo de programas mediante una redistribución de ingresos más adecuada, van disminuyendo los honorarios quirúrgicos como única variable de un sistema en crisis.

#### Para el desarrollo adecuado de la cirugía ambulatoria creemos necesario:

- 1) los cirujanos deben estar convencidos que estos procedimientos quirúrgicos no pierden seguridad realizados fuera del hospital, contando con centros con programas

de cirugía ambulatoria debidamente equipados y acreditados, en donde exista participación de las Sociedades Científicas y se estimule una evaluación continua de la calidad de servicios;

- 2) deberá existir una selección adecuada de pacientes teniendo en cuenta factores médicos, económico-sociales y fundamentalmente respetando la voluntad del enfermo en aceptar este método;
- 3) estimular la información del público sobre los temas de salud y la necesidad de economizar en los servicios de atención médica, explicando que algunos procedimientos quirúrgicos pueden realizarse en forma ambulatoria con algunas ventajas sin aumentar el riesgo y
- 4) en los centros de cirugía ambulatoria independientes, la posibilidad de tener que hospitalizar a un paciente por una complicación imprevista o de re-admitirlo luego del alta, si bien es poco frecuente, hace necesario

extremar la selección de pacientes y de contar con un centro hospitalario para las derivaciones correspondientes.

Como es posible que los costos en medicina sigan subiendo, con operaciones cada vez más complejas (trasplantes) aumentar el número de pacientes que puedan ser sometidos a cirugía ambulatoria beneficiará a la sociedad, siempre que no se sacrifique la calidad de atención.

En síntesis, nuestro país no puede seguir pagando un alto costo porque los cirujanos no estemos dispuestos a aceptar este método por desconocimiento o mala información, pero lo más importante es y seguirá siendo el bienestar del paciente; el personal de salud deberá preocuparse porque la seguridad, comodidad y conveniencia del enfermo estén siempre entre las prioridades más altas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aldrete J.A. and Kroulik D.: *A postanesthetic recovery score*. Anesth. Analg., 49: 924, 1970.
2. Americans College of Surgeons *Ambulatory surgery*. ACS Reports. Chicago, August 1983.
3. A.C.S. Professional Liability: *Risk management and legal preparedness*. Postgraduate Course, 1989.
4. A.C.S. Professional Liability: *Risk management and legal preparedness*. Postgraduate Course, 1990.
5. Ancona-Berk V.A. and Chalmers T.C.: *An analysis of the cost of ambulatory and inpatient care*: Am. J. Public Health, 76: 1102, 1986.
6. Annotation: *Modern status of views as to general measures of physician's duty to inform patient of risk of proposed treatment*. 88 ALR 3d 1008. 1978 with August, 1983 supplement.
7. Annotation: *Hospital Liability for Negligence in Failing to Review or Supervise Treatment Given by Doctor, or to Require Consultation*. 12 ALR 4th 57. 1982 September, 1983 supplement.
8. Appelbaum P.S. and Grisso T.: *Assessing patients capacity to consent to treatment*. New. Engl. J. Med., 319: 1635, 1988.
9. Barlett M.K., Battit G.E., Rockett A.M., Perry E.J. and Austen W.G.: *The role or surgery on ambulatory patients in one teaching hospital*. Arch. Surg., 114: 319, 1979.
10. Bebban J.E.: *Sterile technique and the prevention of wound infection in office surgery*. Part II. J. Dermatol. Surg. Oncol., 15: 38, 1989.
11. Berk et al.: *Cost and efficiency of the substitution of ambulatory for inpatient care*. N. Engl. J. Med., 343: 347, 1981.
12. Berryman J.M.: *Development and organization of outpatient surgery units: The hospital's perspective*. Urol. Clin. North Am., 14: 1, 1987.
13. Birch B.R., Anson K.M., Clifford E. et al.: *Day case surgery: enhanced recovery with flumazenil*. J.R.Soc.Med., 83: 436, 1990.
14. Blitt C.D.: *Monitoring during outpatient anesthesia*. Int. Anesthesiol. Clin., 20: 17, 1982.
15. Boldt H.J.: *The management of laparotomy patients and their modified after treatment*. N. Y. Med. J., 85: 145, 1907.
16. Breasted J.H.: *The Edwin C. Smith Papyrus*. Chicago. University of Chicago Press. 1930. 2 vol.
17. Brieger G.H.: *Early ambulation - a study in the history of surgery*. Ann. Surg., 197: 433, 1983.
18. Brownstein M.L. and Owsley J.Q.Jr.: *Argumentation mammoplasty: a surgery of major complications*, in Owsley J.Q., Peterson R.A. (Eds.) *Symposium on Aesthetic surgery of the breast*. St. Louis C.V. Mosby Co., 267, 1978.
19. Bruns K.: *A Statistical analysis of free-standing outpatient surgical care facilities for the year 1978. Read before the fifth annual meeting of the free-standing ambulatory surgical association*, Las Vegas Feb. 1-3, 1979.
20. Bueres A.J.: *Responsabilidad civil de los médicos*, Ed. Absco. Buenos Aires, 1979.
21. Burns, Ferber: *Ambulatory surgery in the U.S.A.* J. Ambulatory Care Management, Aug., 1981.
22. Bustamante Alsina J.: *Responsabilidad civil de los médicos en el ejercicio de su profesión*. LL, Jurisprudencia, C: 63, 1976.
23. *Butterworth Hospitals News*. Grand Rapids. MI. June, 1961.
24. Calnan J. and Martin P.: *Development and practice of an autonomous minor surgery unit in a general hospital*. Br. Med. J., 4: 92, 1971.
25. Canitrot C.: *Accreditación de establecimientos asistenciales: aportes para el estudio y puesta en marcha de un programa en la Argentina*. COMRA, Buenos Aires, 1980.
26. Chiang T.M., Sukis A.E. and Ross D.: *Tonsillectomy performed on an outpatient basis: report of a series of 40.000 cases performed without a death*. Arch. Otolaryngol., 88: 301, 1968.
27. Clair D.L.: *Pediatric office procedures*. Urol. Clin. North Am., 15: 715, 1988.
28. Cloud D.T., Reed W.A., Ford J.L., Linkner L.M., Trump D.S. and Dorman G.W.: *The Surgicenter: A fresh concept in outpatient pediatric surgery*. J. Pediatr. Surg., 7: 206, 1972.
29. Cohen D.D. and Dillon J.B.: *Anesthesia for outpatient surgery*. J.A.M.A., 196: 1114, 1966.
30. Cohen D., Keneally J., Black A. et al.: *Experience with day stay surgery*. J. Pediatr. Surg., 15: 51, 1980.
31. Cohen S.E., Woods W.A. and Wyner J.: *Antiemetic effects of droperidol on the ambulatory surgery patient*. Anesthesiol. Rev., 9: 23, 1982.
32. Colclasure J.B. and Graham S.S.: *Complications of outpatient tonsillectomy and adenoidectomy: A review of 3340 cases*. Ear Nose Throat. J., 69: 155, 1990.
33. Commission on the provision of surgical services: *Guidelines for day case surgery*. London. Royal College of Surgeons on England, 1985.
34. Stancianis-Dortu L.: *Therapeutic indications in ambulatory phlebectomy*. Phlebologie, 40: 853, 1987.
35. Costa E. Silva N., Duarte J.M., Costa dos Santos R. y col.: *Tratamiento quirúrgico da hernia inguinal pele tecnica de Shouldice*. Rev. Col. Bras. Cirug., 1990, 17: 5.
36. Crill J.L.: *Legal issues in major ambulatory surgery*. In ...
37. Cubertafond P. and Gainant A.: *Treatment of inguinal*

- hernia by Shouldice type herniorrhaphy. Analysis of a series of 403 cases surgically treated. *Chirurgie*, 115: 133, 1989.
38. Davenport H.T., Shan C.P. and Robinson G.C.: *Day surgery for children*. *Can. Med. Assoc. J.*, 105: 498, 1971.
39. Davis J.E.: *Cirugía general mayor en el paciente ambulatorio: tratamiento de enfermedades mamarias y hernias de la pared abdominal*. *Surg. Clin. North Am.*, 67: 749, 1987.
40. Davis J.E.: *Cirugía general mayor en el paciente ambulatorio: tratamiento de padecimientos amorreales y problemas vasculares periféricos, y endoscopia gastrointestinal*. *Surg. Clin. North Am.*, 67: 779, 1987.
41. Davis J.E.: *Futuro de la cirugía mayor ambulatoria*. *Surg. Clin. North Am.*, 67: 921, 1987.
42. Davis J.E. and Detmer D.E.: *The ambulatory surgical unit*. *Ann. Surg.*, 175: 856, 1972.
43. Davis J. E. y Sugioka K.: *Selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria: evaluaciones quirúrgica y anestésica*. *Surg. Clin. North Am.*, 67: 737, 1987.
44. Davis J.E.: *Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo*. *Surg. Clin. North Am.*, 67: 685, 1987.
45. Detmer D.E.: *Ambulatory surgery*. *N. Engl. Med.*, 305: 1406, 1981.
46. Dornette W.N.L.: *Planning tomorrow's hospital today*. Paper given at the ASA Meeting, Washington, Oct., 1968.
47. Dubois F., Icard P., Berthelov G. and Levard H.: *Coleliscopic cholecystectomy*. *Ann. Surg.*, 1: 60, 1990.
48. Echeverry O.: *Postoperative care: in hospital or home. A feasibility*. *Int. J. Health Ser.*, 2: 101, 1972.
49. Eisenbaum S.L.: *Facial burns as a complication of office surgery lighting*. *Plast. Reconstr. Surg.*, 83: 155, 1989.
50. Epstein B.S.: *Anestesia en pacientes externos*. *Rev. Arg. Anest.*, 42: 1, 1984.
51. Epstein B.S., Levy M.L., Thein M.H. et al.: *Evaluation to fentanyl as an adjunct to thiopental-nitrous oxide-oxygen anesthesia for short Surgical procedures*. *Anesthesiol. Rev.*, 2: 24, 1975.
52. Esselstyn C., Norhrwold D. and Zederfeldt M.: *Outpatient surgery. State of the art of surgery*. I.S.S. 1990.
53. Fajardo L. y Velez Gil A.: *Medida de Stress Metabólico en el post operatorio*. Cali. SICSIM, Universidad del Valle, 1978.
54. Farquharson E.L.: *Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as an out patient procedure*. *Lancet*, 2: 517, 1955.
55. FECLIBA: *Variables que determinan la cobertura del sector salud*. *Conexión Salud*, 4: 3, 1987.
56. Federal Register, Volume 52, Number 104 (June 1): 20466, 1987.
57. Federal Register, Volume 52, Number 105 (June 2): 20623, 1987.
58. Ferraina P.: *Colecistectomía laparoscópica*. *Arch. Argent. Enf. Ap. Digest.*, 4: 147, 1990.
59. Ford F. and Reed W.: *The Surgicenter - An innovation in the delivery and cost of medical care*. *Ariz. Med.*, 26: 801, 1969.
60. Frutos Ortiz E.: *Análisis e importancia del costo beneficio en cirugía*. *Rev. Argent. Cirug. N° extraordinario*, 1989.
61. Fullerton A.: *Operations on children in the outpatient department*. *Br. Med. J.*, 1: 470, 1913.
62. Garrison F.H.: *The history of medicine*. Philadelphia. W. B. Saunders Company, p. 72.
63. Gold B.S., Kits D.S., Lecky J.H. et al.: *Unanticipated admission to the hospital following ambulatory surgery*. *J.A.M.A.*, 262: 3008, 1989.
64. Goldman L., Caldera D.L., Nussbaum S.R. et al.: *Multi-factorial indexes of cardiac risk in noncardiac surgical procedures*. *N. Engl. J. Med.*, 297: 845, 1977.
65. González García G., Abvadie P., Loovet J.J. y Ramos S.: *El gasto en salud y en medicamentos*. Argentina 1985. Estudios CEDES, 1987.
66. Goold J.E.: *Premedication in day care surgery*. *Anaesthesia* 36: 421, 1981.
67. Graciola E.: *Inducción y mantenimiento con midazolam. Su reversión con flumazenil*. *Rev. Argent. Anest.*, 48: 121, 1990.
68. Gussack G.S. y Hudson W.R.: *Cirugía mayor ambulatoria del paciente otorinolaringológico*. *Surg. Clin. North Am.*, 67: 839, 1987.
69. Guthrie D.: *A history of medicine*. London. Thomas Nelson & Son. Ltd. 1945.
70. Haberman R.S.2d., Shattuck T.G. and Dion N.M.: *Is outpatient section cautery tonsillectomy safe in a community hospital setting?* *Laryngoscope*. 100: 511, 1990.
71. Halsted W.S.: *The radical cure of inguinal hernia in the male*. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 4: 17, 1893.
72. Herzfeld G.: *Hernia in infancy*. *Am. J. Surg.*, 39: 422, 1938.
73. Hill C.L.: *Ambulatory surgical facility*. *RI. Med. J.*, 58: 313, 1975.
74. Instituto Nacional de Obras Sociales: *Proyecto de estándares mínimos para la acreditación de un perfil de complejidad*. Buenos Aires, 1986. Gerencia de Prestaciones.
75. Johnson C.D. and Jarrett P.E.: *Admission to hospital after day case surgery*. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, 72: 225, 1990.
76. Johnson H., Kneec-Joli S., Butler T.A., Munoz E. and Wise L.: *Are routine preoperative laboratory screening tests necessary to evaluate ambulatory surgical patients?* *Surgery*, 104: 639, 1988.
77. Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH): *Accreditation manual for ambulatory health care 24 Standard 5 "Quality assurance"*. 1982.
78. Joint Commission on Accreditation of Hospitals: *Accreditation manual for ambulatory health care*. Chicago, Joint Commission on Accreditation of Hospitals, pp. 31, 1986.
79. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Accreditation Manual for Hospitals*. Chicago.

- 1989.
80. Kelly H.D.: *Getting up early after grave surgical operations*. Surg. Gynecol. Obstet., 13: 78, 1911.
  81. Kelly P.J., Afranchino V.M., Perasso O.R. et al.: *Reversión del midazolam en anestesia balanceada de corta duración*. Rev. Argent. Anest., 48: 203, 1990.
  82. Kelly P.J., Perasso O.R. y Sforsini C.D.: *Propofol en anestesia ambulatoria*. Rev. Argent. Anest., 48: 31, 1990.
  83. Kleinfeldt A.S.: *Preoperative phone calls. Reductin cancellations in pediatric day surgery*. Aom. J., 51: 1559, 1990.
  84. Lagoe R.J. and Milliren J.H.: *Changes in ambulatory surgery utilization 1983-88: A community-based analysis*. Am. J. Public Health, 80: 869, 1990.
  85. Lawrie R.: *Operating on children as day-cases*. Lancet, 2: 1289, 1964.
  86. Lisle J.F., Scarborough C.S., Morris R.C. and Jennings W.D.: *Shouldice hernia repair: results at a teaching institution*. Am. Surg., 53: 495, 1987.
  87. Loder R.E.: *The anaesthetist and the day surgery unit*. Anaesthesia, 37: 1037, 1982.
  88. López Bolado J.: *Los médicos y el código penal*. Ed. Universidad. Buenos Aires, 1981.
  89. Manani G., Blasono R., Cirilio L., Vidoni G., La Rosa P., Franceschini L., Ricci R., Meroni M. and Giron G.P.: *Sedation in ambulatory minor surgery: sublingual Triazolam*. G. Anest. Stomatol., 18: 17, 1989.
  90. Manrique J.L., Vera D., González M. y Cottely E.G.K.E.: *Cirugía anorrectal: tratamiento ambulatorio vs. tratamiento con internación. Estudio costo beneficio*. Presentado en el 62º Congreso Arg. Cirug. 1991.
  91. Manrique J.L., Vera D., González M., Rossi R., Smith R. y Cottely E.G.K.E.: *Factibilidad, riesgo y conveniencia de la cirugía ambulatoria para patología anorrectal*. Presentado en el 62º Congreso Arg. Cirug. 1991.
  92. Marracino C.: *La acreditación, la categorización, la habilitación y la certificación de especialidades como instrumentos de la regulación de la calidad de atención médica*. Medicina y Sociedad, 3: 45, 1988.
  93. Marracino C.: *La modalidad de atención en la República Argentina. El modelo prestador*. Medicina y Sociedad 9, 1986.
  94. Marracino C., Obregon E., Schiavi P. y colab.: *Prestaciones básicas de salud en la seguridad social*, X Congreso Argentino de Auditoría Médica, Revista Auditoría Médica 1, 1986.
  95. Mazzariello R.M.: *Alcances de la cirugía ambulatoria*. XVIII Jornadas Quirúrgicas, Paraná. 1960, Fasc. 2: 273.
  96. Mc Cracken S.: *Cirugía mayor ambulatoria del paciente oftalmológico*. Surg. Clin. North Am., 67: 909, 1987.
  97. Meridy H.W.: *Criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines for anesthetic management: A retrospective study of 1.353 cases*. Anesth. Analg., 61: 921, 1982.
  98. Millar J.M. and Jewkens C.F.: *Recovery and morbidity after day-case anaesthesia. A comparison of propofol with thiopentone-enflurane with and without alfentanil*. Anaesthesia, 43: 738, 1988.
  99. Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social: *Modelo Provincial de atención para la salud*. Resolución N° 2482/86, Santa Fe, 1987.
  100. Ministerio de Salud de Córdoba: *Habilitación de establecimientos asistenciales privados*. Decreto N° 2323, Mayo 1987.
  101. Mitchell R.T.: *Organización de un programa de cirugía mayor ambulatoria*. Surg. Clin. North Am., 67: 709, 1987.
  102. Moodie R.L.: *The antiquity of disease*. Chicago, University of Chicago Press. 1925.
  103. Natof H.E.: *Complications associated with ambulatory surgery*. J.A.M.A., 244: 1116, 1980.
  104. Natof H.E.: *Ambulatory surgery: pre-existing medical problems*. Illinois Medical Journal, 166: 101, 1984.
  105. Nicoll J.H.: *The surgery of infancy*. Proceedings of 77th Annual Meeting of the British Medical Association. Br. Med. J., 2: 753, 1909.
  106. Nicoll J.H.: *Six cases of hydrocele in infant treated by operation*. Br. Med. J., 1: 384, 1913.
  107. Othersen H.B.Jr. and Clatworthy H.W. Jr.: *Outpatient herniorrhaphy for infants*. Am. J. Dis. Child., 116: 78, 1968.
  108. Patterson J.F.Jr., Bechtoldt A.A. and Levin K.J.: *Ambulatory surgery in a university setting*. J.A.M.A., 235: 266, 1976.
  109. Peacock E.E.Jr.: *Cirugía plástica mayor del paciente ambulatorio*. Surg. Clin. North Am., 67: 891, 1987.
  110. Perianes Comunicación Personal. 1991.
  111. Pineault R., Contandreopoulos A., Valois M. et al.: *Randomized clinical trial of one-day surgery: patient satisfaction, clinical outcomes, and costs*. Med. Care, 23: 171, 1985.
  112. Preston F.W., *Manual of Ambulatory Surgery*. New York, Springer Verlag, 1982.
  113. Read D.: *Day surgery: A consumer survey*. N.Z. Med. J., 103: 369, 1990.
  114. Reddick E. and Olsen D.: *Outpatient laparoscopic laser cholecystectomy*. Am. J. Surg., 160: 485, 1990.
  115. Reiling R.B.: *Day surgery and outpatient care*. Chap. 1. *Pre and postoperative care*. Am. Coll. Surg. Ed. Scientific American, Inc., 1990.
  116. Ries E.: *Some radical changes in the after-treatment of celiotomy cases*. J.A.M.A., 33: 454, 1899.
  117. Ris H.B., Aebersold P., Kupfer K., Stucki U., Stirnemann H. and Dornan J.: *10 years experience using a modified Shouldice surgical technique for inguinal hernia in adults*. Chirurg., 58: 100, 1987.
  118. Roberts J., Coale J. y Redman R.: *Una historia de la comisión conjunta en acreditación de Hospitales*. J.A.M.A., 258, 1987.
  119. Salzstein E.C., Sullivan C.B., Patterson E.M. and Hiller

- J.A.: *Ambulatory surgical unit: Alternative to hospitalization*. Arch. Surg., 108: 143, 1974.
120. Sanderson J.H. and Blades J.F.: *Multicenter study of propofol in day-case surgery*. Anaesthesia, 43: 70, 1988.
121. Sanguinetti F.: *Responsabilidad ética y jurídica del cirujano*. Rev. Argent. Cirug., N° extraordinario, 1988.
122. Schneider A.J.L.: *Assessment of risk factors and surgical outcome*. Surg. Clin. North Am., 63: 1113, 1983.
123. Sebben J.E.: *Sterile technique and the prevention of wound infection in office surgery*. Part IJ. Dermatol. Surg. Oncol., 14: 1364, 1988.
124. Senapati A. and Young A.E.: *Acceptability of day care surgery*. J. R. Soc. Med., 82: 735, 1989.
125. Stallworthy J.A.: *Hotels or hospitals*. Lancet, 1: 103, 1960.
126. *Statment on ambulatory surgery*. Bull. Am. Coll. Surg., 66: 65, 1981.
127. Stephens F.O. and Dudley BAF: *An organization for outpatient surgery*. Lancet, 1: 1042, 1961.
128. Stephenson M.E.: *Discharge criteria in days surgery*. J. Adv. Nurs., 15: 601, 1990.
129. Steward D.J.: *Simplified scoring system for the post-operative recovery room*. Can. Anaesth. Soc. J., 22: 111, 1975.
130. Sutherland J.S. and Horsfall G.L.: *Anesthesia for outpatient treatment of hernia and varicose veins*. Lancet, 1: 1044, 1961.
131. Valente C.M.: *The importance of physician-patient communication in reducing medical liability*. Maryland Med. J., 37: 75, 1988.
132. Vélez Gil A. y Pardo de Vélez G.: *Simplified Surgery System. Final Report*. Rockefeller Foundation. Cali, 1981 (Apéndice I, pag. 7).
133. Vélez Gil A. y Pardo de Vélez G.: *Investigación de modelos de atención en cirugía*. Universidad del Valle y Hospital Universitario del Valle. Colombia, 1986.
134. Wantz G.E.: *Ambulatory hernia surgery*. Br. J. Surg., 76: 1228, 1989.
135. Waters R.M.: *The down-town anesthesia clinic*. Am. J. Surg. (Anesthesia Supplement), 33: 7, 1919.
136. Wetchler B.V., Collins I.S. and Jacob L.: *Antiemetic effects of droperidol on the ambulatory surgery patient*. Anesthesiol. Rev., 9: 23, 1982.
137. Williams J.A.: *Outpatient operations. I-the surgeon's view*. Br. Med. J., 1: 174, 1969.
138. Williamson D.E.: *The cataract patient: the post operative regimen*. In Brockhurst R.J., Boruchoff S.A., Hutchinson B.T. et al.: *Controversy in ophthalmology*. Philadelphia, W.B. Saunders Co. p. 125, 1977.
139. Young C.M.: *The postoperative follow-up phone call: An essential part of the ambulatory surgery nurse's job*. J. Post. Anesth. Nurs., 5: 273, 1990.
140. Zaffaroni E.: *Consentimiento y lesión quirúrgica*. J. A. Doctrina pág. 381, 1973.
141. Zahl K.: *El uso de la anestesia regional en cirugía ambulatoria*. En actas del XXII Congreso Argentino de Anestesiología, pág. 12, 1989.
142. Zoutman D., Pearce P., Mckenzie M. and Taylor G.: *Surgical wound infections occurring in day surgery patients*. Am. J. Infect. Control, 18: 277, 1990.