CIRUGIA EN EL PACIENTE AMBULATORIO

Dr. Luis Achig

Hospital Infantil "Baca Ortiz", Quito

A partir de 1959 la actividad quirúrgica realizada en el hospital de niños "Baca Ortiz" progresivamente ha sido modificada de acuerdo a diferentes circunstancias tales como mayor demanda de atención quirúrgica y menor disponibilidad de camas hospitalarias, creando lo que al presente llamamos atención quirúrgica en el paciente ambulatorio.

Iniciada con procedimientos de cirugía menor electiva, lentamente pero al mismo tiempo seguros de lo que hacíamos la hemos ampliado hasta cubrir un 90% de intervenciones quirúrgicas en cirugía general.

Con el mismo espíritu se trabaja en otros departamentos del servicio quirúrgico tales como: ortopedia y traumatología, cirugía plástica, otorrinolaringología y oftalmología, alcanzando cifras de 69% de pacientes ambulatorios.

Al presente, luego de 25 años de labor estamos convencidos de que es perfectamente compatible la actividad quirúrgica con la condición de paciente ambulatorio, en un muy alto porcentaje, particularmente en los niños.

Efectivamente la estadísticas de atención médico-quirúrgica de este hospital en 1983 nos dan los siguientes datos: Atención médico-quirúrgica:

	Total 4.740 pacientes.
	Clínica 1.052
Hospitalizados	2.164
	Infectología 279
	Cirugía 833
Pacientes quirúrgicos no Hospitalizados	2.576

Usualmente el paciente quirúrgico ha sido considerado exclusivamente como un individuo que necesita hospitalización. Pero esto no es exacto pues el tratamiento quirúrgico puede ser realizado en muchos casos, sin este requisito, como lo observamos en el reporte estadístico anteriormente mencionado en que, más del 50% de niños se habrían quedado sin atención quirúrgica, si necesariamente hubieren tenido que hospitalizarse.

Esta modalidad de atención quirúrgica fue sugerida para ser incluida entre los objetivos de cuidados primarios

de salud en la convención de ALANAM (Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina en Quito, Mayo de 1984.

Creemos que la cirugía, en el paciente ambulatorio, tal como se realiza en este hospital si reúne las características señaladas en la convención de Alma Ata 1978 URSS, referente a cuidados primarios de salud que establecen que: "Se trata de un conjunto de métodos prácticos con base científica, accesibles al individuo y a la familia, aceptables por la comunidad y proporcionados a nuestros recursos".

El punto de partida para este tipo de atención ha sido precisamente la característica de que **se proporciona a nuestros recursos.**

Al respecto quisiera mencionar lo siguiente. A mediados de 1958 tuve el privilegio de formar parte del cuerpo médico del hospital Baca Ortiz, que disponía de 50 camas para pacientes de clínica y cirugía. Posiblemente suficientes para satisfacer la demanda quirúrgica de esa época, pues la estadística de entonces señalaba 300 intervenciones anuales.

Pero para 1960 el volumen quirúrgico era de 562. Había aumentado la demanda de atención quirúrgica, pero no así la capacidad de hospitalización.

Posteriormente en 1964 se incrementa la capacidad hospitalaria a 108, la misma que permanece inalterable hasta el presente en que sólo el movimiento quirúrgico registra cifras de 3.409 intervenciones correspondientes a 1983.

Analisis del movimiento quirúrgico 1954 - 1983.

Años	Cirugía general	Total de inter. quirúrg.
1954	63	105
1960	232	562
1965	282	867
1970	466	1.113
1975	535	2.096
1980	811	2.287
1983	1.104	3.409

No habría sido posible realizar esta actividad quirúrgica de no adoptar en forma precoz un conjunto de **métodos prácticos**, que nos han permitido su ejecución, y que dieron origen a que ahora conocemos como cirugía en el paciente ambulatorio que puede ser aplicada tanto en niños como en adultos, pero que alcanza su mejor utilización en los primeros al apoyarse en los siguientes factores:

1.— **CARACTERISTICAS DE LA PATOLOGIA QUIRURGICA INFANTIL.** Efectivamente las entidades patológicas que más frecuentemente demandan atención quirúrgica son:

Hernias de pared abdominal: inguinales, umbilicales.

Testículos no descendido: criptorquidias y testículos ectopico.

Tumores del cuello: linfangiomas (higromas) hemangiomas, quistes tireoglosos, tumores de glándulas salivares y biopsias en general.

Patología anorectal: polipos y prolapsos rectales.

Ultimamente se han incluido minilaparatomías para biopsias y tratamiento de hipertrofia congénita de píloro.

Porcentajes de atención con pacientes ambulatorios 1983

Cirugía general

Nº de pacientes operados	1.104
Nº de pacientes hospitalizados	120
Pacientes no hospitalizados	120
igual a 89,44%	

El 10% restante que demanda hospitalización se refiere a cirugías de tórax o abdominal por anomalías congénitas y también a cirugía abdominal por abdomen agudo: inflamatorio u obstructivo.

Cirugía de Especialidades

Nº pacientes no hospitalizados	1.5
Pacientes operados	2.305
Pacientes hospitalizados	713
Pacientes no hospitalizados	1.592
igual a 69, %.	

Hernias de pared abdominal: inguinales y umbilicales.

Testículo no descendido: criptorquidias y testículo ectópico
Fimosis y parafimosis.

Tumores del cuello: linfangiomas (higromas) hemangiomas, quiste tireogloso, tumores de glándulas salivares, tiroides y biopsias en general

Tumores de tejidos blandos en general

Patología anorrectal: pólipos y prolapso rectales

Minilaparatomías para gastrostomías, biopsias y tratamiento de hipertrofia congénita del píloro

Endoscopia en general.

De lo anteriormente mencionado se deduce que un 90% de la cirugía general esta representada por estos procedimientos quirúrgicos, particularmente hernias y testículos no descendido que son las entidades patológicas que más frecuentemente demandan intervención quirúrgica en los niños.

El 10% restante que demanda hospitalización se refiere a procedimientos tales como laparatomías por abdomen agudo inflamatorio (apendicitis, perforaciones intestinales) u obstructivo.

Cirugías de anomalías congénitas de esófago, ano imperforado, atresia de vías biliares, Hirschsprung, etc. Hernias diafragmáticas, hiatales, cirugía de esófago.

2.— TECNICA OPERATORIA. Con ella nos referimos a la **base científica** en que necesariamente deben apoyarse los métodos prácticos adoptados. Su importancia es capital para la realización de este tipo de trabajo.

Efectivamente debemos reconocer que todo procedimiento quirúrgico es una injuria al organismo del paciente, la misma que deberá ser mínima a fin de no superar la de la patología inicial. Sólo así tendremos una morbilidad tan pequeña que no signifique un riesgo para el paciente ambulatorio.

Este ha sido el objetivo principal del servicio quirúrgico de este hospital desarrollando procedimientos cada vez menos complejos para que estos niños puedan cursar su postoperatorio en sus hogares sin complicaciones.

Con esta mentalidad de trabajo hemos conseguido los siguientes resultados:

a) Aplicar la cobertura inicial de cirugías electivas menores a procedimientos cada vez más complejos inclusive de cirugía electiva mayor.

b) La mínima morbilidad se ha reflejado en una terapia medicamentosa cada vez menor.

Es de uso frecuente que los procedimientos operatorios tengan un complejo de administración de líquidos parenterales, antibióticos y analgésicos.

Al respecto debería mencionar lo siguiente:

No usamos líquidos parenterales, pues la anestesia empleada es de tan corta duración, que máximo en 2 horas o menos el paciente puede recibir alimento.

No usamos antibioticos, ya que se trata de cirugía no contaminada y contrariamente a la opinión generalizada de su uso como profiláctico de infecciones postoperatorias, creemos que fundamentalmente la ausencia de las mismas se apoya en una buena técnica operatoria que supone a su vez una asepsia correcta y particularmente una cirugía sin trauma, pues siempre hemos confiado más en que los tejidos así tratados conservan la vitalidad suficiente para superar inclusive contaminaciones ambientales. En un estudio de 9.380 casos de cirugía de consulta externa se registraron infecciones de herida en 5 casos.

El menor trauma quirúrgico se refleja también en un uso restringido de analgésicos y muchos pacientes no lo necesitan.

Otra de las características señaladas en cuidados primarios de salud es que éstos procedimientos sean **aceptados por la comunidad**.

Este ha sido la característica más relevante, ya que nadie ha demostrado mayor entusiasmo con esta modalidad de atención quirúrgica que los padres de éstos niños que acuden al hospital, al no tener que vivir el trauma psicológico que significa para ellos y para sus hijos el tener que hospitalizarlos.

Procedimiento de atención quirúrgica utilizado en el hospital Baca Ortiz:

- 1.— Diagnóstico de las diferentes entidades patológicas en la consulta externa de cirugía atendida por el Jefe de Servicio y su equipo: cirujano esacitados, anestesista y residentes.
- 2.— Programación de la actividad operatoria y realizarse una vez aprobado el crequeo anestésico.
- 3.— Realización de la cirugía de acuerdo al programa establecido.
- 4.— Corta permanencia de los niños operados en la sala de recuperación, hasta asegurarse que su estado de consciencia es total. Generalmente es alrededor de una hora.
- 5.— Instrucciones a los padres sobre cuidados operatorios, que son mínimos y señalamiento de su día de regreso a la consulta externa, para retirar suturas y evaluación in-

mediata y a largo plazo de la cirugía realizada, la misma que se registra en el expediente de cada paciente.

- 6.— Evaluación mensual del trabajo realizado con todo el equipo de cirugía a fin de corregir errores y particularmente con el carácter de docencia.

Procedimiento de atención quirúrgica utilizado en el hospital Baca Ortiz.

- 1 Diagnóstico de las diferentes entidades patológicas en la consulta externa de cirugía atendida por el Jefe de Servicio y su equipo: cirujanos asociados, anestesista y residentes.
- 2 Programación de la actividad operatoria a realizarse una vez aprobado el chequeo anestésico. Hemos suprimido el chequeo preoperatorio de laboratorio, excepto en casos muy especiales.
3. Realización de la cirugía de acuerdo al programa establecido.
- 4 Corta permanencia de los niños operados en la sala de recuperación, hasta asegurarse que su estado de conciencia es total, una vez eliminado el agente anestésico que se haya administrado. Este tiempo de recuperación no llega a una hora.

- 5 Instrucción a los padres sobre cuidados postoperatorios, que son mínimos: y señalamiento de su día de regreso a la consulta externa para retirar suturas, y evaluación inmediata y a largo plazo de la atención quirúrgica prestada, la misma que se halla anotada en el expediente quirúrgico de cada paciente.
- 6 Evaluación mensual del trabajo realizado con todo el equipo de cirugía a fin de corregir fallas si las hubiere y particularmente con el carácter de docencia.

CONCLUSIONES:

- 1.— Se ha ampliado la cobertura de atención quirúrgica en la población infantil tanto de la ciudad como de provincias, que acuden a nuestro servicio.
- 2.— No posibilidad de adquirir enfermedades transmisibles hospitalarias.
- 3.— Menor trauma psicológico a los niños al no estar separados de su ambiente y de sus padres en la convalecencia postoperatoria.
- 4.— Costo de atención mucho menor al que representa su realización en los países de alto desarrollo económico.