



Universidad Nacional de Tucumán
Facultad de Medicina
Secretaría de Posgrado
Carrera de Doctorado en Medicina



Cirugía Mayor Ambulatoria en el Servicio de Cirugía General
del Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda de
San Miguel de Tucumán.

Autor: Federico Antonio Brahin

Director: Prof. Dr. Luis Ernesto Sarotto

Codirector: Prof. Dr. Jorge Chahla

Tesis para acceder al Título de Doctor en Medicina

2019

Autoridades Universidad Nacional de Tucumán

Rector

Ing. Agr. José García

Vicerrector

Ing. José Pagani

Secretario General

Lic. José Hugo Saab

Secretaria Académica

Dra. Noemí Carolina Abdala

Sub Secretario Académico

Mg. Horacio Madkur

Secretario de Posgrado

Dra. María Inés Gómez

Autoridades Facultad de Medicina

Decano:

Prof. Dr. Demetrio Mateo Martínez

Vicedecana:

Prof. Dra. Liliana Mónica Tefaha

Secretario Académico:

Prof. Dr. Jorge Chahla

Secretario de Innovación y Transferencia Tecnológica:

Prof. Dra. Liliana Noemí Fracchia

Secretaria de Bienestar y Extensión Universitaria

Prof. Dra. Roxana del Valle Toledo

Secretaria de Relaciones Institucionales

Prof. Dr. Francisco Mingolla

Secretaria de Posgrado

Prof. Dr. Héctor Lucas Lucciardi

Secretaria de Asuntos Estudiantiles

Sr. Hernán Romano

Director

Prof. Dr. Luis Ernesto Sarotto

Codirector

Prof. Dr. Jorge Alberto Chahla

Comisión de Supervisión

Especialista en el tema

Dr. Mario Alberto Rizo

Investigador de otra Unidad Académica

Prof. Dr. Álvaro Campero

Dedicatoria

A mi querida esposa Mónica.

A mis hijos Federico y Mariano.

A mis Padres y Hermanos.

A toda mi Familia.

Agradecimientos

Al Dr. Arquímedes Rodríguez Reyes, ex coordinador de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Perpetuo Socorro, complejo Hospitalario Universitario infanta Cristina de Badajoz (España), que me inició en el arte de Cirugía Mayor Ambulatoria, mi mayor reconocimiento.

Al Dr. Enrique Toll, Jefe de Departamento Quirúrgico, quien confió y abrió el camino para la implementación de esta modalidad de trabajo en nuestro hospital, por su permanente asesoramiento durante el desarrollo de este programa.

Al Prof. Dr. José R. Usandivaras, mi jefe y compañero de trabajo, por su ejemplo y permanente colaboración, tanto en lo asistencial como en lo académico.

Al Director de tesis, Prof. Dr. Luis Sarotto por sus consejos y orientación para la elaboración de la misma.

Al Director Asociado Prof. Dr. Jorge Chahla, por sus adecuadas intervenciones durante el desarrollo de la tesis.

A los Miembros de la Comisión de Supervisión, Dres. Mario Rizo y Álvaro Campero por sus guías y revisiones críticas para los avances durante el desarrollo de este trabajo.

A los Dres. Pablo Zain El Din, Javier Resina, Andrea Díaz y Tomas Flores, ex residentes, quienes me acompañaron desde los inicios en esta idea.

A los integrantes de la Residencia y del Servicio de Cirugía del Hospital de Clínicas Pdte. Dr. Nicolas Avellaneda, quienes son parte de esta experiencia.

A mis alumnos los Dres. Lilia Garnica, Audel Closas y Javier Pozzi quienes colaboraron en la recolección de datos y por su presencia constante en la fase final.

A todos aquellos que, de alguna manera, contribuyeron en la realización de este trabajo.

Resumen

Antecedentes: Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) son procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario. **Objetivo:** Analizar la experiencia de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria integrada al Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hptal. de Clínicas Pte. Dr. N. Avellaneda de San Miguel de Tucumán, en el periodo Enero 2014 – Diciembre 2018. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de asociación cruzada. Población: pacientes entre 14 y 75 años. Los datos fueron recolectados de una base prospectiva implementada desde el inicio de una experiencia piloto. La evaluación del grado de satisfacción se realizó por un cuestionario validado con 22 variables, completada al séptimo día postoperatorio. Se procedió a la sistematización de la información. Para el análisis estadístico se utilizó el Test de Chi Cuadrado. **Resultados:** Se realizaron 3827 intervenciones quirúrgicas, siendo 2327 (61%) procedimientos quirúrgicos bajo la modalidad de CMA. 1514 (65%) correspondieron al sexo femenino, prevalece el rango de 45 a 54 años de edad. Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: colecistectomía laparoscópica 1675 (72%), patología de la pared abdominal 473 (20%), patologías orificiales 101 (4.3%), procedimientos combinados 78 (3.3%). Indicadores de calidad: la tasa de cancelación ($p= 0.0013$), valor atribuible a la ausencia del paciente el día de la cirugía y tasa de suspensión ($p= 0.0037$) debido a la modalidad selección del paciente y de infraestructura, ambas tasas mostraron una disminución estadísticamente significativa entre el año 2014 y 2018. La tasa de reintervención fue en el último año de 0.35%, debido a dos pacientes complicados y reintervenidos por un hemoperitoneo pos colecistectomía laparoscópica y por una hernia inguinal recidivada en el postoperatorio inmediato; los ingresos y reingreso disminuyeron a 1.6% y 1.07% respectivamente al año 2018, siendo la causa principal las náuseas, vómitos y el dolor postoperatorio inmanejable. Se presentaron 52 complicaciones, 13 mayores y 39 menores, prevaleciendo la litiasis residual y el seroma respectivamente. El grado de satisfacción fue elevado en un 99.5%. **Conclusión:** La CMA es un proceso seguro, con tasas de complicaciones bajas; la

experiencia en nuestra institución nos permite avalarla, si se prioriza el sistema de selección de pacientes y el correcto circuito de cirugía mayor ambulatoria.

Palabras clave: *Cirugía Ambulatoria, Selección de Pacientes, Indicadores de calidad.*

Abstract

Background: Major Ambulatory Surgery (CMA) are therapeutic or diagnostic surgical procedures, performed with general, regional or local anesthesia, with or without sedation, which require short-term postoperative care, so they do not need hospital admission. Objective: To analyze the experience of the Unit of Major Ambulatory Surgery integrated to the Department of General Surgery and Digestive System of Hptal. of Clinics Pdte. Dr. N. Avellaneda, of San Miguel de Tucumán, in the period January 2014 to December 2018. **Material and Methods:** Descriptive, retrospective cross-sectional, cross-association study. Population: patients between 14 and 75 years. The data where collected from a prospective base implemented from the beginning of a pilot experience. The evaluation of the degree of satisfaction was carried out by a validated questionnaire with 22 variables, completed on the seventh postoperative day. The information was systematized. For the statistical analysis, the Chi Square Test was used. **Results:** 3827 surgical interventions were performed, with 2327 (61%) surgical procedures under the modality of CMA. 1514 (65%) corresponded to the female sex, the range of 45 to 54 years of age prevails. The surgical procedures performed were: laparoscopic cholecystectomy 1675 (72%), abdominal wall pathology 473 (20%), orificial pathologies 101 (4.3%), combined procedures 78 (3.3%). Quality indicators: the cancellation rate ($p = 0.0013$), a value attributable to the patient's absence on the day of surgery and suspension ($p = 0.0037$) due to the patient selection and infrastructure modality, both rates showed a decrease statistically significant between 2014 and 2018. The reoperation rate was 0.35% in the last year, due to two patients complicated and reoperated by a laparoscopic postcolecystectomy hemoperitoneum and by a recurrent inguinal hernia in the immediate postoperative period; admission and readmission decreased to 1.6% and 1.07% respectively in 2018, with nausea, vomiting and unmanageable postoperative pain being the main cause. There were 52 complications, 13 major and 39 minor, with residual lithiasis and seroma prevailing respectively. The degree of satisfaction was 99.5%. **Conclusion:** CMA is a safe process, with low complication rates; the experience in our institution allows us to guarantee it, if the patient selection system and the correct circuit of major ambulatory surgery are prioritized. **Keywords:** *Ambulatory Surgery, Patient Selection, Quality Indicators*

INDICE

1. Introducción	1
1.1 Marco Histórico.....	1
1.2 Concepto de Cirugía Ambulatoria	12
1.2.1 Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)	13
1.2.2 Cirugía Menor Ambulatoria (Cma)	13
1.2.3 Cirugía Menor de Consultorio.	13
1.3 Estructura de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA)	14
1.3.1. Área Clínica y Administrativa	15
1.3.1.1 Acceso	15
1.3.1.2 Recepción y Admisión	16
1.3.1.3 Consulta y Zona de Personal	16
1.3.1.4 Espera.....	16
1.3.1.5 Vestuarios de Pacientes	16
1.3.2 Área Funcional Quirúrgica	17
1.3.2.1 Zona de Atención Preoperatoria.....	17
1.3.2.2 Preadnestesia o Antequirófano	17
1.3.2.3 Bloque Quirúrgico.....	17
1.3.2.4 Despertar/Unidad de Recuperación Pos anestésica (URPA).....	18
1.3.3 Área de Readaptación al Medio: Zona de Adaptación al Medio (ZAM)	18
1.4 Tipos de UCMA	19
1.5 Criterios de Selección.....	20

1.5.1 Selección de Procedimiento.....	20
1.5.2 Selección de Pacientes.....	21
1.5.2.1 Criterios Médicos.....	21
1.5.2.2 Criterios Anestésicos.....	22
1.5.2.3 Criterios Personales	23
1.5.2.4 Criterios Socio - Familiares.....	23
1.5.2.5 Criterios de Exclusión.....	24
1.5.2.6 Criterios de Alta.....	25
1.6 Indicadores de Calidad en CMA	29
1.6.1 Tasa de Cancelaciones.....	31
1.6.2 Tasa de Suspensiones.....	31
1.6.3 Tasa de Re Intervenciones	32
1.6.4 Tasa de ingresos	32
1.6.5 Tasa de Reingresos.....	33
1.6.6 Índice de Ambulatorización	33
1.6.7 Índice de Sustitución.....	34
1.7. Satisfacción en CMA	34
1.8 Habilitación/ Acreditación de los Servicios de CMA	36
1.9 Docencia en CMA.....	37
1.10 Futuro en CMA	38
1.10.1 Líneas de Actuación en el Futuro de la CMA	38
1.10.1.1 - Incorporación de Nuevas Técnicas Quirúrgicas.....	38

1.10.1.2.- Analgesia Postoperatoria y de la Asistencia Domiciliaria.....	39
1.10.1.3 - Empleo de Tecnologías de la Información y Comunicación.....	39
1.10.1.4.- Consultas de Alta Resolución y Cirugía de Alta Resolución	41
1.10.1.5.- Instalaciones del Futuro	41
1.10.1.6.- Investigación	42
1.10.2 Otras perspectivas:	42
1.10.2.1 Tecnologías de la Información y Seguridad del Paciente.....	42
1.10.2.2 Miedo al Cambio.....	45
1.10.2.3 Base de Datos de CMA	46
1.10.2.4 Incentivación	46
2. Hipótesis y Objetivos.....	47
Objetivos:	48
Objetivo General:.....	48
Objetivos Específicos:.....	48
3. Material y Métodos	49
4. Resultados.....	52
Año 2014.....	52
Año 2015.....	56
Año 2016.....	61
Año 2017	65
Año 2018.....	69
Resultados Globales del Lustró	74

5. Discusión.....	79
6. Conclusión	84
7. Referencia Bibliográfica.....	87
8. Anexo	97
Anexo 8.1: Historia Clínica Diferenciada para CMA.....	97
Anexo 8.2: Folletos informativos.....	119
Anexo 8.3 Lista de Procedimientos Quirúrgicos para CMA de la Asociación Argentina de Cirugía.....	123
Anexo 8.4 Criterios Anestésicos de Selección de Pacientes para CMA: Clasificación de Riesgo Anestésicos ASA.....	124
Anexo 8.5: Banner Informativos del Circuito de CMA	125

1. Introducción

1.1 Marco Histórico:

A lo largo de la historia de la humanidad, la salud ha sido una de las preocupaciones esenciales del hombre. Esta inquietud se ha manifestado de diferentes maneras: Deseo de mantener la salud y, en el caso que sobrevenga la enfermedad, afán de discernir la causa, la significación y el posible método curativo ⁽¹⁾.

En la antigua Grecia, la medicina se basaba en rituales mágico – religiosos en donde el Dios Asclepiades representó el icono máximo de la salud por aquellos tiempos (siglo X a I a.C.). A lo largo de toda Grecia se levantaban templos en honor a este Dios y en donde los pacientes acudían para ser recibidos por sacerdotes médicos, quienes aceptaban ofrendas y obsequios que estos traían en agradecimiento a su curación o al menos, el alivio de sus males ⁽²⁾. En efecto, una vez que estos llegaban al templo eran despojados de sus ropas y se vestían con túnicas blancas y se acomodaban en recintos similares a los hoteles; de allí pasaban a otro salón donde oraban ante una estatua del Dios hasta quedarse dormidos, luego éste descendería a sus sueños, para examinarlos y darles el tratamiento adecuado a sus males ⁽³⁾.

La influencia del Dios Asclepiades prevaleció por más de 1.000 años ya que se inicia en el mundo antiguo pasando por el Imperio Romano hasta la conquista de Constantinopla por los Árabes ⁽²⁾. Aunque en tiempos de Pericles (a partir del siglo V a.C.) asomó la medicina laica, que se apoyó o pretendía apoyarse en bases racionales, al margen de la religión y los milagros. Esta medicina fue de difícil asentamiento y muchas de ellas se perdieron en el tiempo ⁽³⁾.

En Egipto, siglos antes de la aparición de la medicina griega, se formaban y agrupaban en “las casas de la vida”, mezcla de templo y escuelas, en las cuales se llegaron a desarrollar una cierta especialización médica, con expertos en diversas dolencias, que debemos suponer eran las más frecuentes, tales como las enfermedades oculares e incluso las parasitarias⁽⁴⁾.

Hipócrates, nació en el año 460 a.C. en la isla griega de Cos, hijo de Heraclidas, médico también⁽⁵⁾. Su formación no solo fue influida por el propio ambiente en el que se desenvolvía, sino también por filósofos de la época. Fue visto como el médico más grande de todos los tiempos y basó su práctica médica en la observación y el estudio del cuerpo humano. Rechazó los puntos de vista de sus contemporáneos que consideraban que la enfermedad era producida por supersticiones, como la posesión por espíritus diabólicos o el castigo de los dioses, y sostuvo que la enfermedad tenía una explicación física y racional⁽⁶⁾.

Así también sostenía que el cuerpo debe ser tratado como un todo y no como una serie de partes, describiendo con cuidado los síntomas de la neumonía, así como de la epilepsia en los niños. Sostenía que el proceso de la curación natural podía obtenerse por medio del reposo, una dieta adecuada, aire fresco y limpieza corporal. Además, notó que había diferencias individuales en la severidad de los síntomas de enfermedades y que algunos individuos las resistían mejor que otros. Fue el primer médico que tuvo la idea de que los pensamientos, ideas y sensaciones provenían del cerebro y no del corazón como muchos de sus contemporáneos creían⁽⁶⁾; así consiguieron elaborar un conocimiento técnico, separado de la filosofía y de la religión.

La obra *Corpus hippocraticum* es un registro de cincuenta y tres tratados de contenido esencialmente médico que constituye el primer registro científico que se conoce. Entre sus obras: “*Sobre las aguas, vientos y lugares*”, se plantea los lazos entre las enfermedades y el medio ambiente, el hombre es visto en su conjunto en el contexto de todas las coordenadas que constituyen el ambiente en que vive; y “*Las Epidemias*”, Hipócrates señala que la descripción sistemática y ordenada de las enfermedades, son los elementos en los que se basa la práctica médica ^(5,7).

Es evidente que la aparición de Hipócrates marcó un antes y un después en la historia de la medicina moderna⁽⁸⁾, abandonando el pensamiento mágico – religioso y estableciendo un pensamiento ordenado y técnico, tratando de establecer una relación causa – efecto entre la dolencia del paciente y el ambiente en el que desenvuelve.

Galeno de Pérgamo (130 – 210 d.C.), estableció el conocimiento sistemático de la anatomía humana aplicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades⁽⁹⁾. A lo

largo de su formación académica, Galeno, integró los conocimientos de la tradición griega, enfocando su interés en Hipócrates, considerándolo eje doctrinal del quehacer médico en la práctica y en la teoría⁽¹⁰⁾. Consideraba la salud y la enfermedad como procesos naturales perfectamente comprensibles y modificables por el hombre que, en conjunto con la práctica, lograron implantarse superando las posiciones y credos en los grupos sociales cristianos, musulmanes y judíos diseminados en la geografía europea. Los procesos naturales se convirtieron en la esencia doctrinal del galenismo, moldeando un sistema causal y terapéutico de la enfermedad, y diseñando alrededor de él una doctrina de conservación de la salud. Al haber tenido una aceptación general logró satisfacer las necesidades de asistencia médica; en consecuencia, el galenismo no permitió la creación de nuevos modelos de pensamiento para la explicación del proceso salud-enfermedad^(11,12).

En Europa durante la alborada renacentista de los siglos XIV – XVI, hubo epidemias, guerras, anarquía social y política, decadencia de la población rural que migraba desde su lugar de origen a las grandes ciudades. Aunque la realidad social y política de ese momento era muy adversa, la medicina empieza a recibir a partir de la invención de la imprenta conocimientos de la medicina islámica que representó un nexo cultural entre el mundo Árabe y Cristiano, Fundándose en Salerno, Italia, la escuela de medicina que formaría grandes médicos que luego de la invasión de Enrique VI, migrarían por Europa, para formar escuelas de medicina en Montpellier, Padua, Nápoles, Bologna y París dando comienzo a una medicina moderna científica y de carácter laico^(9,13,14).

A partir de allí, la medicina fue sufriendo cambios a pasos agigantados en donde la formación médica cumplía roles de distinción en la clases de elite de la sociedad europea; y por la cual el médico adoptó los principios y valores burgueses, entre ellos, los presupuestos del liberalismo político y económico, y los aplicaron a su propio trabajo con normas como el ejercicio libre de la profesión, la elección libre del médico por parte del enfermo, autonomía en los cobros y tratamientos, etc.⁽¹⁵⁾.

En el siglo XVIII, Francia inició una reforma en la educación médica, abandonando las lecciones en el aula, que se usaban desde tiempos medievales y se centró en los hospitales, en particular los grandes hospitales parisinos donde se enseñaba junto a la cama de los pacientes, que después serían estudiados a plenitud

en la autopsia y que se dio un gran énfasis a la correlación entre datos clínicos y los obtenidos durante el postmortem. Esta innovación educativa convirtió a París en el centro de la enseñanza de la medicina⁽¹⁶⁾.

Mención especial merecen también los hospitales, que, a lo largo de la historia han sufrido grandes modificaciones dependiendo la finalidad para las cuales fueron contruidos, es decir, como ya se ha mencionado, la medicina era guiada por sacerdotes como los Asclepios o sacerdotes cristianos cuya función era aliviar el cuerpo de un castigo impuesto por los Dioses. Durante el imperio Romano, los valetudinarios, como se los conocía, tenían por función la rápida recuperación del paciente para devolverlos lo antes posible a las filas de ataque. En los primeros hospitales cristianos prevalecía la misión de la salvación de las almas antes que la curación del cuerpo. Sea cual fuere el objetivo de estas instituciones, todas perseguían una función esencial y que era la hospitalidad, es decir, recibir al paciente en lugar adecuado y brindarle la atención requerida para la recuperación de su salud o bien para que pueda pasar sus últimos días de manera acogedora ⁽¹⁷⁾.

Durante el siglo XVIII se crearon los primeros hospitales municipales dirigidos por autoridades civiles. A partir de la mitad del siglo XIX el número de hospitales creció importantemente debido a la constante evolución médica en general, de la asepsia, anestesia y técnicas quirúrgicas, en particular. Todo ello condujo a la necesidad de la sociedad de acudir a estas instituciones, lo que condicionó una importante demanda de hospitales durante el siglo XX. Esto produjo una masificación de los mismos con el consiguiente incremento del consumo de recursos económicos, difícil de costear para la mayoría de los sistemas sanitarios ⁽¹⁸⁾.

En todo este contexto, la cirugía no permaneció inerte, sino que desde comienzos en la historia como los Asclepiades extraían tumores, arreglaban piernas torcidas, curaban fracturas inmovilizándolas, etc. Galeno en los años de su formación aprendió técnicas de disección y vivisección que le permitieron descubrimientos fisiológicos sobre vasos arteriales, nervios y movimientos de los músculos en animales ^(2,10).

Aunque la cirugía desde su inicio tuvo carácter ambulatorio, con el crecimiento de los hospitales y con el advenimiento de nuevas técnicas quirúrgicas, anestésicas y

antisépticas, se llevaron estas prácticas a los quirófanos, de tal manera que el paciente quedara internado en ellos.

No es hasta comienzos del siglo XX, en el año 1909, donde James H. Nicoll (imagen 1), empieza a poner en duda la necesidad de internar al paciente. En su trabajo: *The Surgery of Infancy* donde se comunicaban los resultados de una experiencia llevada a cabo desde el año 1898 hasta el año 1908 en el Glasgow Royal Hospital For Sick Children, en el que se trataron quirúrgicamente y de forma ambulatoria un total de 8.988 niños de los cuales la mitad de ellos eran menores de tres años y de estos la mayoría tenía menos de un año. Entre las cirugías que se practicaron se mencionan: tuberculosis ósea y articular, tarsectomías, espina bífida, estenosis congénita de píloro y hernias umbilicales, inguinales y ováricas. Entre las conclusiones más importante del autor podemos destacar:



Imagen 1: James H. Nicoll

- El trabajo operatorio realizado se puede hacer sin necesidad de internar al paciente y caso contrario solamente representa desperdicio de los recursos hospitalarios.
- Realizar un procedimiento quirúrgico sin la necesidad de internar al paciente representa solo un “*Diezmo*” de los recursos que necesita un paciente internado.
- No todas las cirugías pueden ser enviadas a su domicilio en lo inmediato, ya que pueden representar un riesgo mayor para el infante.

Al ser un hospital pediátrico, Nicoll consideraba que el único beneficio de la admisión de los pacientes estaba dado cuando estos requerían de cuidados de enfermeras entrenadas y cuando la madre del infante no era “*medianamente inteligente*”

Este trabajo sentó las bases de lo que hoy conocemos como “*Cirugía Mayor Ambulatoria*” (CMA) y aunque tuvo gran aceptación entre sus colegas de la época, la mayoría coincidían que eran necesarios más trabajos sobre todo para garantizar la

salud del paciente, brindar la mejor calidad posible en la atención médica y tener cobertura legal en los casos que fuese necesario ⁽¹⁹⁾.

James Henderson Nicoll, nació en 1863 en Dundee, Escocia. Hijo de James Nicoll y de Margaret M. Mitchell, fue educado en la academia de Glasgow y en la universidad de Glasgow donde se gradúa a los 23 años. Luego de esto decide seguir en la búsqueda de conocimientos por lo que decide mudarse a Londres, donde conoce a Sir Frederick Travel, reconocido anatomista y profesor universitario permaneciendo 4 años, a partir de allí el joven James, decide recorrer Europa en búsqueda de los mejores centros médicos y profesores para seguir aprendiendo sobre cirugía en especial Urología.

Regresa a Glasgow. Aunque su mayor dedicación se encontraba en el campo de la urología, pronto se extendió a una cirugía más general y, en particular, a la cirugía pediátrica. Desarrolló el concepto de trabajo en equipo, en colaboración muy próxima con el bacteriólogo y el patólogo. Fue nombrado cirujano del Dispensario Central para las enfermedades de los órganos urinarios y es cuando decidió realizar la cirugía ambulatoria.

Desde 1891 a 1914, fue el cirujano del Dispensario. Se efectuaron 8.988 operaciones en este "Centro de Día", de 1899 a 1908, y él personalmente realizó 7.392 de ellas.

Informa que intervenía a lactantes y niños con labio leporino y fisura palatina, así como casos con absceso mastoideo, espina bífida, fracturas de cráneo y estenosis pilórica hipertrófica.

En 1902, Nicoll escribió: "En la revisión de una extensa lista de casos con espina bífida, hidrocefalia y encefalocele, tratados quirúrgicamente en el hospital y en la práctica privada, estoy firmemente convencido de que a los niños les va igual de bien con el cuidado de sus madres que con el recibido en el hospital ". En este artículo claramente manifiesta los beneficios de la cirugía ambulatoria.

Diseñó un servicio de enfermería domiciliaria. Iniciado en 1888, con su apoyo incondicional, el sistema de visitas a domicilio por enfermeras para el cuidado y control del postoperatorio de los pacientes, fue una parte vital para desarrollar la actividad

quirúrgica del dispensario. Alquiló a su cargo, una casa cerca del dispensario, donde los pacientes (y sus familias) pudieran alojarse temporalmente y ser visitados después de la operación, antes de partir hacia largas distancias. Se había establecido el "Hotel House".

Escribió 101 artículos publicado en la British Medical Journal y Journal Glasgow Medical; además de múltiples reportes de casos para la Royal Medical Chirurgical Society of Glasgow. Fue profesor de cirugía en la universidad de Anderson entre 1903 – 1908.

Falleció el 15 de Agosto de 1921 a la edad de 56 años en Glasgow, Escocia (20).

Se lo debe considerar como el padre de la Cirugía ambulatoria debido a que pudo observar que se podían realizar cirugías sin la necesidad de internar al paciente quienes estaban mejor con sus madres que aislado en la sala de un hospital. Una parte muy importante para tratar de establecer las cirugías de días, fue la instauración de un sistema de enfermería a domicilio para que revisen a los pacientes en su posoperatorio.

Posteriormente en 1919, el anestesiólogo R. M. Waters, en Iowa (Estados Unidos), abrió un Centro sin ninguna vinculación hospitalaria, en el que trataba casos de cirugía menor y de estomatología. Este centro, fue pionero para las posteriores y modernas unidades de cirugía mayor ambulatoria (21).

Gertrude Herzfeld, cirujana del Royal Hospital for Sick Children de la ciudad de Edimburgo, publica en 1925, una serie de 1000 casos de cirugías de hernias en infantes comparándolas con el tratamiento conservador que consistía en la colocación de fajas o malla sobre el abdomen del menor. Y establece que el tratamiento conservador conlleva un gran desgaste físico y emocional tanto para el bebe como para la madre mientras que la cirugía ambulatoria minimiza estos efectos, exponen en menor medida la separación o destete del menor y que no hay un mayor riesgo en sus cuidados posoperatorios(22).

En el año 1955, E.L. Farquharson, publica una serie de 485 operaciones de hernia inguinal en adultos, intervenidos en Edimburgo de forma estrictamente

ambulatoria, seguido de traslado precoz a su domicilio después de la cirugía, recomendándoseles además la deambulacion precoz. En esos tiempos, en el Reino Unido la estancia media hospitalaria para una hernia inguinal era de 10 días ⁽²³⁾.

Esta forma de asistencia médica se hizo rápidamente conocida en los EE UU, a fines de los años 60 del siglo XX; donde las compañías de seguros médicos y los hospitales públicos y privados empezaron a observar los beneficios en cuanto a la reducción de costos ⁽²⁴⁾.

El primer programa moderno de Cirugía Mayor Ambulatoria se lleva a cabo en el año 1961 en el Buttherwords Hospital de Grands Rapids (Michigan).

Un año después, en 1962, los doctores David Cohen y John Dillon de la universidad de Los Ángeles, California, observan la gran utilización de las camas solo por fines administrativos ya que las compañías de seguros, establecían que el paciente debía permanecer 18 horas internados para poder ser cubierto, entre otros requisitos, por lo que crean el primer programa de cirugía ambulatoria de la Universidad de California (UCLA) en el Centro de Ciencias de salud durante el mismo año. El resultado de su experiencia al cabo de un año de trabajo y 1523 pacientes que ingresaron al programa fue que la seguridad del paciente no depende del hecho que sea ingresado o no, sino de un correcto proceso de selección, de adecuadas y correctas técnicas quirúrgicas y anestésicas⁽²⁵⁾.

A pesar que la CMA estaba creando cambios muy grandes en lo económico y asistencia médica en cuanto a atención y calidad de la misma es en el año 1968, que se crea la primera unidad “*Freestanding*” de los Estados Unidos, *The Surgicenter*, en la ciudad de Phoenix por parte de los doctores W. Reed y F. Ford; una unidad en la que se brindaba atención medica de calidad sin subestimar ningún paso de la cirugía en cuanto a selección de procedimientos a realizar ya sea quirúrgico u anestésico y le brinda la posibilidad a los pacientes de regresar a su domicilio en el mismo día de la intervención⁽²⁶⁾.

En el año 1985 la CMA fue aprobada oficialmente por el Royal College of Surgeons of England que publicó una serie de recomendaciones para la práctica de

esta cirugía y un listado de procedimientos posibles de ser realizados de forma ambulatoria ⁽²⁷⁾.

En el año 1986, el doctor James E. Davis define a la CMA, denominación que permanece hasta la actualidad⁽²⁸⁾. En el año 1995 se crea en Bruselas la International Association for Ambulatory Surgery (I.A.A.S.). Se constituyó un 14 de marzo, con ocasión del 1er Congreso Internacional (3er Congreso Europeo) de Cirugía Ambulatoria que agrupaba diferentes asociaciones y federaciones de todo el mundo que tiene como objetivo el estudio y desarrollo de este tipo de práctica quirúrgica.

En nuestra región, Latinoamérica, el desarrollo de esta modalidad quirúrgica empezó mucho más adelante en el tiempo y con poca adaptación de los médicos y de los pacientes ante el miedo que genera el hecho de ser operado e irse de alta el mismo día.

En Argentina la implementación de esta modalidad terapéutica se ha desarrollado con una menor intensidad que en Estados Unidos y Europa. Los primeros trabajos publicados datan del año 1960 y el Dr. Ferraina como parte del Relato Oficial del LXII Congreso Argentino de Cirugía del año 1991 introduce esta metodología quirúrgica en el debate sobre la posibilidad de aplicarlo en el país, sobre las bases de un programa de cirugía ambulatoria pediátrica en el año 1965 atendiendo a más de 1500 pacientes, principalmente por hernioplastia entre otras patologías. Aun así son pocos los hospitales o centros de atención privados que han optados por el desarrollo de esta modalidad quirúrgica, entre ellos podemos destacar el Hospital Italiano, Británico, de la Comunidad de Mar de Plata y el Hospital de Clínicas de la ciudad de Buenos Aires ⁽²⁹⁾.

En el año 1992 se publican dos trabajos realizados en el hospital de la comunidad de Mar del Plata y en Hospital Británico, donde se describen series realizadas a 15 y 117 pacientes respectivamente en las cuales se destaca que si bien es un bajo el número de pacientes intervenidos en ambos casos los resultados en cuanto a calidad, seguridad y controles posoperatorios realizados son alentadores para seguir creciendo y proponiendo a la cirugía mayor ambulatoria como opción a los pacientes ^(30,31).

En el año 2000 se presenta una casuística del Hospital Italiano de la provincia de Buenos Aires, donde se realizaron 64496 cirugías, desde el año 1993 (año de inauguración de la unidad de cirugía mayor ambulatoria del servicio) hasta el año 1998; de éstas, 15695 fueron realizadas en esta unidad, y en las que no se hizo discriminación por patología. Del total de pacientes seleccionados para CMA, solo 143 presentaron complicaciones en el posoperatorio inmediato (0.9%) y solo un fallecido durante la inducción anestésica (0.006%); y las causas más importantes de ingreso fueron dolor, hemorragia y factores sociales.

Otro elemento importante que destacan los autores es el ahorro en recursos que se realiza con este tipo de procedimiento comparando los costos entre la unidad de CMA y quirófano central observando un ahorro del 49%, es decir, de 250.000 pesos Argentinos con respecto al anterior ⁽³²⁾.

En el mismo año se publica otra serie realizada en un centro privado de diagnóstico y tratamiento ambulatorio donde se intervinieron 153 pacientes por colecistectomía laparoscópica, de los cuales solos diez pacientes presentaron complicaciones: Onfalitis siete de ellos y hematomas tres. Entre sus conclusiones los autores destacan que la colecistectomía laparoscópica es factible y segura en pacientes seleccionados, presentando también un gran porcentaje de aceptación entre estos; necesitando estudios prospectivos de un mayor número de casos para establecer criterios de selección para la colecistectomía laparoscópica ambulatoria⁽³³⁾.

En el año 2006 se publica una serie de 1000 colecistectomías laparoscópicas⁽³⁴⁾ en las cuales se observó la factibilidad de desarrollar este procedimiento de forma ambulatoria teniendo en cuenta parámetros como seguridad, criterios de selección del paciente y costo – beneficio para la institución, entre otros. Los autores destacan entre sus conclusiones que la presencia de complicaciones suceden en el momento de la intervención o bien a las 48 – 72 hs. en el posoperatorio alejado por lo que la internación no es específicamente necesaria; la utilización correcta y combinada de fármacos analgésicos, anestésicos, antieméticos junto con un tiempo operatorio adecuado reducen considerablemente los síntomas como dolor y vómitos que son los más frecuentes y que la reducción de costos es significativa, especialmente en el posoperatorio.

En Colombia en el año 1996 el Dr. Henry Moore realiza la primera colecistectomía laparoscópica de forma ambulatoria marcando el comienzo de una nueva “era” en los tratamientos quirúrgicos en ese país; a partir de allí se empezaron a replicar estos trabajos a lo largo del país y en diferentes especialidades, tal es el caso de la tiroidectomía, en donde se compararon los resultados de la misma tratada de forma ambulatoria con aquellas tratadas de forma convencional, obteniéndose como conclusión que el procedimiento ambulatorio es seguro y factible en pacientes seleccionados; y que la reducción de gastos osciló entre 12.5% y 15% con respecto a la cirugía convencional. ^(35,36).

En Chile se publicó una serie de más de 2100 cirugías ambulatorias entre colecistectomías y hernioplastias inguinocrurales obteniendo resultados más que satisfactorios en cuanto tiempo alta de los pacientes, el cual fue del 98.8% y seguridad, es decir, la presencia de complicaciones, siendo menor al 1% de los pacientes; también importantes reducciones de costos y una disminución de las listas de esperas y mayor disponibilidad de camas para cirugías de urgencia ^(37,38).

A pesar de los trabajos publicados, destacando las ventajas y beneficios económicos que representa este tipo de procedimientos sin afectar la calidad y seguridad de los pacientes, son pocos los países que han optado por esta opción terapéutica más aun, teniendo en cuenta que la mayoría de estos presentan sistemas de salud públicos solventados por el estado nacional.

En la provincia de Tucumán, en el año 2010 se inaugura una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria integrada al Servicio de Cirugía General del Hospital *Pdte. Dr. Nicolás Avellaneda*, hospital polivalente de agudos Nivel II, complejidad 6, con 20 camas en el servicio de cirugía; teniendo en cuenta la población que asiste a este hospital y la prevalencia de patologías es que se decide la creación de esta unidad, única en la provincia y de las primeras del país⁽³⁹⁾.

En el año 2015 se publica una serie de más de 2000 pacientes dando cuenta de los resultados obtenidos de los primeros 5 años de trabajo de la unidad: se intervinieron 2659 pacientes de los cuales 2538 pudieron completar el circuito de CMA (95.80%), 111 pacientes (4.20%) presentaron complicaciones como náuseas, vómitos y dolor, debiendo ser ingresados y 10 pacientes (0.38%) debieron ser reingresados

por complicaciones mayores. Sin dudas esta modalidad de trabajo marcó una nueva etapa en la cartera prestacional del Servicio ya que los pacientes dieron una opinión favorable ante la posibilidad de volver a su domicilio el mismo día de ser intervenidos (40).

Tal fue el éxito de esta modalidad quirúrgica que en agosto del año 2014 se inaugura el Hospital de Día *Presidente Néstor Kirchner* en Tucumán, representando el primer ejemplo en nuestro país de un hospital independiente (*Free-standing*) de cirugía mayor ambulatoria, en el cual se publica en el año 2017 una serie de 2000 pacientes a los cuales se le realizó una colecistectomía laparoscópica, en donde sus autores destacan que este procedimiento en un hospital público *free-standing* es un proceso seguro, con tasas de complicaciones bajas si se usan los criterios de selección adecuados. La experiencia ganada con esta numerosa serie permitió mejorar el sistema de selección y tratamiento (41).

La cirugía mayor ambulatoria en su desembarco en Argentina y América Latina no tuvo el impacto que generó en Europa y en los Estados Unidos, a pesar de las evidencias de seguridad, calidad y baja tasa de complicaciones que genera la correcta selección de pacientes y los avances en técnicas quirúrgicas y anestésicas.

Aunque el mayor desafío que plantea esta forma de intervencionismo es lograr que muchos profesionales y pacientes puedan vencer miedos ante la presencia de supuestos riesgos y el hecho de ser enviados a su domicilio el mismo día de ser intervenidos.

1.2 Concepto de Cirugía Ambulatoria.

Es la práctica de procedimientos quirúrgicos, terapéuticos y/o de diagnóstico en pacientes que en el mismo día de la intervención quirúrgica vuelven a su domicilio. Es importante destacar los diferentes tipos de Cirugía ambulatoria:

- Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)
- Cirugía Menor Ambulatoria (Cma)
- Cirugía Menor de Consultorio

1.2.1 Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)

Davis la define como la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de complejidad media que pueden llevarse a cabo bajo anestesia general, loco regional o local, con o sin sedación, en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vuelven a su domicilio⁽⁴²⁾.

La CMA, también conocida como cirugía de día o cirugía sin ingreso, es un modelo organizativo de asistencia quirúrgica, multidisciplinario, que permite tratar a pacientes bien seleccionados de forma electiva, segura y eficiente sin necesidad de contar una cama de hospitalización tradicional. De este modo, los pacientes pasan la noche anterior y posterior a la cirugía en su domicilio. Son los procedimientos incluidos dentro del tipo II de la clasificación de Davis.

Esta modalidad puede utilizarse en aquellos procedimientos, que requieran cuidados postoperatorios poco intensos y de corta duración, en los cuales no es necesario el ingreso hospitalario del paciente y, por lo tanto, puede ser dado de alta pocas horas después del procedimiento, indistintamente de su complejidad o del tipo de anestesia ⁽⁴³⁾.

1.2.2 Cirugía Menor Ambulatoria (Cma)

Es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de baja complejidad que se practican con anestesia local, en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y vuelven a él, con un mínimo período de observación postoperatoria y que quedarían incluidos dentro del tipo I de la clasificación de Davis. Son procedimientos que tradicionalmente se han realizado en las consultas externas del hospital o en las áreas de urgencias ⁽⁴²⁾.

1.2.3 Cirugía Menor de Consultorio.

Son los procedimientos quirúrgicos de complejidad baja que se realizan en consultas, con anestesia local, y que, prácticamente, sin ningún periodo de tiempo ni cuidado postoperatorio, el paciente puede volver a su domicilio; estos procedimientos están incluidos en el tipo I de la clasificación de Davis.

La diferencia entre la cirugía menor ambulatoria y la cirugía menor de consultorio es que en ambos casos pueden llevarse a cabo procedimientos quirúrgicos similares, pero los que se realizan en las consultas externas de un hospital pueden admitir pacientes con un ASA superior (ver Anexo II) o médicamente más complejos, porque ante cualquier complicación siempre se puede contar con el apoyo del resto de la dotación del hospital ⁽⁴²⁾.

1.3 Estructura de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA)

Una de las características que han de tener estas Unidades es que el paciente debe ser el protagonista absoluto, y toda la organización de éstas debe encaminarse a proporcionarle la mayor comodidad y seguridad, con la menor alteración de su vida y la de su familia⁽⁴⁴⁾.

A la hora de poner en marcha una Unidad de Cirugía Mayor ambulatoria hay una serie de aspectos que resultan de capital importancia. En primer lugar, la planificación previa y la puesta en marcha de la Unidad, en segundo lugar, los procesos quirúrgicos a incluir en el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, en tercer lugar, los criterios de selección de los pacientes, en cuarto lugar, el circuito asistencial que han de realizar los mismos y, finalmente, la implantación de un Programa de Calidad⁽⁴⁴⁾.

Las UCMA requieren una serie de recursos estructurales y de equipamiento que estarán fundamentalmente en relación con las características de la actividad clínica programada y con el grado de autonomía con respecto a los recursos ya existentes. La estructura de la unidad debe de disponer de las áreas o espacio necesarios para permitir la secuencia de las siguientes funciones y actos ⁽⁴⁴⁾.

-
- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1) Acceso Físico | 4) Intervención Quirúrgica |
| 2) Admisión | 5) Despertar |
| 3) Atención Preoperatoria | 6) Readaptación al medio |
-

Para la realización de estas funciones conviene la modulación de zonas donde deben coexistir las tres áreas clínico-funcionales principales:

- A. El área clínica y administrativa, que incluirá la consulta específica de CMA, las estructuras administrativas y las zonas de espera y descanso de pacientes y familiares.
- B. El área funcional quirúrgica, que incluirá la zona de preparación y el bloque quirúrgico convencional (quirófano y despertar).
- C. Área de readaptación al medio (hospital de día quirúrgico).

El diseño de todas las áreas deberá tener siempre en cuenta la posibilidad de actividad de CMA en pacientes de cualquier edad, con especial mención de los pacientes pediátricos⁽⁴⁵⁾.

Se describe en forma sucinta las unidades estructurales funcionales, basada en la circulación idónea de pacientes y en la secuencia de actos realizados sobre un paciente tributario de CMA.

1.3.1. Área Clínica y Administrativa

1.3.1.1 Acceso

Las características de la atención de la CMA plantean la necesidad de un alto grado de accesibilidad, recordando que, la señalización exterior deberá facilitar el acceso a la Unidad y es recomendable la existencia de un estacionamiento específico, dada la necesidad de uso de vehículo particular para realizar el desplazamiento y la organización por citas puntuales⁽³⁶⁾.

Es deseable la localización de la UCMA en plantas con acceso al mismo nivel que el exterior y con recorrido lo más corto, directo y señalizado posible en el caso de que el acceso sea compartido, respondiendo también a la normativa de accesibilidad para minusválidos⁽⁴⁰⁾.

El acceso del personal debe estar diferenciado del de los pacientes y acompañantes.

La entrada y salida de suministros y material (lencería, farmacia, desechos, etc.) deberá estar diferenciada en todos los casos ⁽⁴⁴⁾.

1.3.1.2 Recepción y Admisión

En todas las Unidades será imprescindible la existencia de un área de recepción y de admisión específica. Esta área incorporará el espacio necesario para la atención al paciente y a sus acompañantes (privacidad) durante el proceso de admisión, así como para suministrar la información pertinente⁽⁴⁴⁾.

1.3.1.3 Consulta y Zona de Personal

Dentro del área clínico-administrativa, la atención preoperatoria se desarrolla en las consultas, cuyo número estará en relación con el volumen de actividad y con el horario de funcionamiento.

En nuestro servicio se desea implementar un sistema de Historia Clínica unificada con la que deberán trabajar todas las áreas correspondientes al proceso de CMA, facilitando así la información del paciente dentro del circuito (Anexo 8.1).

En esta área se consideran incluidos los espacios necesarios de despachos y salas de reuniones del personal que trabaja en la unidad, de manera que puedan desarrollarse adecuadamente las actividades asistenciales, docentes y el descanso^(40,45).

1.3.1.4 Espera

El área clínica y administrativa deberá poseer un espacio para espera específica de familiares y pacientes, que puede ser común a la espera durante la intervención. También debe pensarse en una zona de espera con juegos infantiles, entre otros.

1.3.1.5 Vestuarios de Pacientes

Los vestuarios podrán estar ubicados en el área clínica y administrativa, o bien en el área quirúrgica dependiendo del diseño de la unidad.

1.3.2 Área Funcional Quirúrgica

La denominada área funcional quirúrgica agrupa los locales de preparación preoperatoria, el quirófano y el despertar. No se incluye el vestuario pre quirúrgico de personal dado que funcionalmente no se considera como necesariamente integrado en el área quirúrgica⁽⁴³⁾.

1.3.2.1 Zona de Atención Preoperatoria

En esta zona se realizan las funciones de confirmación del proceso y los últimos controles para definir lo adecuado del momento, dando cumplimiento a las instrucciones preoperatorias, evaluación anestésica y preparación específica (rasurado, venoclisis, etc.)⁽⁴³⁾.

El acceso de los pacientes desde el vestuario deberá ser directo.

La zona de atención preoperatoria puede compartir el control de enfermería con la zona de readaptación al medio, principalmente para disponibilidad de material y equipamiento. Dispondrá de todos los apoyos, medicación, alimentación, higiene, lencería y basureros, etc.

Si se contempla la actividad pediátrica, se considera conveniente que los adultos responsables puedan acompañar al paciente el mayor tiempo posible⁽⁴³⁾.

1.3.2.2 Preadnestesia o Antequirófano

La anestesia se realizará de acuerdo con la forma de organización elegida (antequirófano, quirófano, etc.).

1.3.2.3 Bloque Quirúrgico

Deberá ser idéntico a los quirófanos convencionales en diseño, equipamiento y apoyos ya que su función es la de permitir efectuar el tratamiento quirúrgico del paciente seleccionado.



Imagen 2: Quirófano de CMA

El quirófano tiene los mismos requerimientos de instalaciones que los del bloque quirúrgico general (40 m² con lado menor no inferior a 6 m), así como el equipamiento quirúrgico convencional⁽³⁶⁾; es utilizado por diferentes especialidades y su diseño ha de permitir la utilización de instrumental específico (de Otorrinolaringología, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Oftalmología, Ginecología, Video cirugía, etc.) y efectuar previsión de espacio para el almacenamiento de estos materiales⁽³⁶⁾.

1.3.2.4 Despertar/Unidad de Recuperación Pos anestésica (URPA)

En esta zona se realiza la monitorización de las funciones vitales hasta conseguir un nivel de vigilia y de constantes vitales, que permitan trasladar al paciente a la zona de readaptación al medio.



Imagen 3: Unidad de Recuperación pos anestésica.

El área de recuperación posanestésica (Imagen 3), es idéntica a la del bloque quirúrgico general y su capacidad, en puestos de despertar, deberá contemplar:

- La actividad de los quirófanos de CMA
- El tiempo medio previsto de permanencia en despertar
- La posibilidad de que el paso por despertar no sea imprescindible (técnicas de “fast-track”, en UCMA) y que permite, en ocasiones, a enfermos intervenidos con anestesia loco-regional y general, pasar directamente al área de readaptación al medio.
- La salida hacia la zona de readaptación al medio. Y en los casos necesarios, la indicación de ingreso hospitalario⁽⁴⁵⁾.

1.3.3 Área de Readaptación al Medio: Zona de Adaptación al Medio (ZAM)

Esta zona cumple unas funciones primordiales dentro del concepto de la CMA y se basan en las premisas de confortabilidad, seguridad y contacto con la familia.

El puesto de la zona de readaptación al medio, se define como el área en donde se atiende a un paciente y que debe contar con espacio suficiente para albergar una cama o sillón confortable, luz en cabecera adecuada, provisión posible de oxígeno y aspiración (que podrán ser portátiles) y asiento para un acompañante, así como asegurar la suficiente privacidad que no interfiera con la seguridad del paciente.



Imagen 4: Zona de Adaptación al Medio

Se completa aquí la monitorización previa al alta, se efectúa una evaluación prealta con todos los requisitos de seguridad por parte del cirujano y el anestesista, y se suministran tanto la información como las instrucciones precisas para la adecuada convalecencia. En los casos que así lo requieran, se indicará el ingreso hospitalario convencional^(44,45).

Se deberá asegurar, tras el alta, un desplazamiento corto y confortable hasta la salida, previendo una zona de recogida por el vehículo de traslado al domicilio junto a la salida de la Unidad⁽⁴³⁾.

1.4 Tipos de UCMA

- Unidad integrada: es aquella en la que los pacientes internados y ambulatorios utilizan la misma área quirúrgica, es decir que todos los pacientes comparten las mismas planillas quirúrgicas.
- Unidad separada: los pacientes hospitalizados y ambulatorios utilizan áreas quirúrgicas diferentes, dentro del mismo hospital, o sea que no comparten las planillas de cirugías
- Unidad satélite: es aquella que depende administrativamente del hospital, pero con un área edilicia quirúrgica propia de la unidad.
- Unidad independiente (Free Standing): son las Unidades de CMA que tienen una organización y estructura totalmente independiente del hospital. En algunos casos pueden representar un Centro de CMA^(43,44).

1.5 Criterios de Selección

1.5.1 Selección de Procedimiento

La selección de los procedimientos quirúrgicos que una Unidad de CMA incluirá en su cartera de servicios depende de:

- Las necesidades asistenciales de su área de influencia
- Las características organizativas y de gestión del centro sanitario
- La experiencia de los profesionales

Aunque no son estrictos, existen algunos criterios clásicos que deben considerarse para que un procedimiento sea susceptible de CMA:

- Tiempo total de intervención que no supere los 90 minutos
- Intervenciones con bajo riesgo de sangrado
- Bajo nivel de dolor postoperatorio
- Procedimientos que no impliquen una gran pérdida de volumen anatómico o hemático
- Procedimientos en los que no sean necesarios curaciones complejas, colocación de drenajes, etc.⁽⁴³⁾.

Los criterios más aceptados para la selección de procedimientos son los propuestos por Davis⁽⁴⁶⁾ (Ver cuadro).

Los procedimientos susceptibles de ser incluidos en un programa de CMA son los de tipo II. Los procedimientos del nivel I no deben ser considerados como CMA, y es recomendable que se realicen en la consulta, salas de curaciones o en quirófanos para cirugía menor.

Clasificación de Davis	
Tipo I	Intervenciones que pueden practicarse en la consulta con anestesia local y no requieren ningún cuidado especial en el postoperatorio (cirugía menor)
Tipo II	Intervenciones que pueden realizarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados, y la analgesia, si hace falta, es de tipo oral
Tipo III	Son los que requieren cuidados prolongados del entorno hospitalario en el postoperatorio
Tipo IV	Son los que requieren cuidados muy especializados o críticos en el postoperatorio

1.5.2 Selección de Pacientes

Toda Unidad de CMA debe disponer de criterios para la selección de pacientes, que no deben ser rígidos y pueden variar entre diferentes unidades y a través del tiempo.

Los criterios generales de inclusión de los pacientes para la CMA son:

- Aspectos fisiológicos y médicos: edad, peso del paciente, coagulopatías y tratamientos anticoagulantes, patologías sistémicas.
- Aspectos anestésicos: clasificación de ASA (ver cuadro).
- Aspectos psicológicos.
- Aspectos socio - familiar: entorno social, teléfono disponible, acceso al Centro Sanitario, acompañante.

1.5.2.1 Criterios Médicos.

Los pacientes entre los 14 y los 75 años pueden ser incluidos para CMA. Aunque la edad avanzada no se considera un criterio de exclusión, requiere evaluación individualizada, en la cual se valora sobre todo la edad biológica, más que la cronológica. Los pacientes con un índice de masa corporal (IMC) hasta 35 pueden

ser incluidos en un programa de CMA. Los pacientes con IMC entre 35 y 40 deben ser valorados individualmente, además, se debe solicitar la colaboración de un nutricionista. Está contraindicada la inclusión en el programa de pacientes con obesidad mórbida (IMC mayor a 40). Las coagulopatías y el tratamiento anticoagulante se han considerado contraindicaciones absolutas para la CMA, aunque para algunos autores son relativas y pueden incluirse. Deben ser evaluados exhaustivamente para su inclusión en pacientes con antecedentes personales de:

- Miopatías
- Neuropatías
- Hipertermia maligna
- Antecedentes familiares de muerte súbita⁽⁴⁷⁾

1.5.2.2 Criterios Anestésicos

Los pacientes susceptibles de ingresar en un programa de CMA se encuentran en el grado I y II del Sistema de Clasificación del Estado Físico de la Sociedad Americana de Anestesiología⁽⁴⁸⁾. Algunos pacientes que se encuentren en el grado III también podrían incluirse.

Clasificación de la American Society of Anesthesiologists	
ASA I	Paciente Saludable
ASA II	Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Ej.: Hipertensión arterial leve, Diabetes controlada, Etc.
ASA III	Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante y que produce una limitación funcional en algún grado
ASA IV	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye una amenaza constante para la vida y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía
ASA V	Enfermo terminal y moribundo, cuya expectativa de vida no se espera que sea mayor a las 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico

1.5.2.3 Criterios Personales

La participación en el programa de CMA es voluntaria, y el paciente debe aceptar la metodología propuesta por la unidad con un consentimiento firmado específico. Es clave brindarle a él y a sus familiares toda la información de manera precisa y entendible⁽⁴³⁾; a tal efecto en nuestro servicio se procede a la entrega de un folleto informativo con el material necesario para la comprensión del procedimiento a realizar como así también de los cuidados pre y pos quirúrgicos que se deben realizar (Anexo 8.2) como así también se encuentran banner informativos con todos los pasos que involucran el proceso de CMA desde la primera consulta hasta las consultas pos operatoria para su curación (Anexo 8.5)

Los pacientes que por diferentes motivos no son capaces de comprender las instrucciones, o que posean una patología psiquiátrica que les impida la colaboración necesaria, quedan excluidos. Esta condición podría obviarse en caso que la responsabilidad sea asumida por un adulto acompañante.

1.5.2.4 Criterios Socio - Familiares

El paciente tiene que disponer de una vivienda en condiciones adecuadas y con las necesidades básicas cubiertas, como también teléfono particular o celular para realizar el control posoperatorio. Debe asegurarse de un vehículo para su traslado y que la distancia al centro sanitario sea menor a 60 km o una hora de viaje. Es fundamental la atención de un adulto responsable durante el posoperatorio, que acompañe y brinde los cuidados básicos durante al menos las primeras 24 horas al cual se le transmitirá toda la información necesaria y los instructivos que correspondan para la atención del paciente como así también se le solicitará que colabore con la preparación prequirúrgica del paciente⁽⁴³⁾.

Cuestionario Básico para la Inclusión de Pacientes en Cirugía Mayor Ambulatoria

CRITERIOS SOCIO FAMILIARES	CRITERIOS PERSONALES (medicoquirúrgicos – anestésicos)
· ¿Dispone de vehículo propio? · ¿Tiene alguna persona que lo lleve a su casa luego de la intervención? · ¿Con quién vive en su domicilio? · ¿Hay alguien que lo pueda cuidar? · ¿Dispone de teléfono fijo o celular? · ¿Vive a menos de 60 km del centro asistencial?	· ¿Antecedentes de enfermedad cardiovascular? · ¿Antecedentes de enfermedad respiratoria? · ¿Fuma? ¿Consume alcohol? · ¿Antecedentes de enfermedad neurológica? · ¿Diabetes? ¿Ictericia? ¿Anemia? · ¿Dispepsia? ¿Reflujo gastroesofágico? · ¿Trastornos de la sangre o de la coagulación? ¿Dificultad al orinar? · ¿Toma algún medicamento? · ¿Es alérgico a algún medicamento? · ¿Embarazada? · ¿Internaciones previas?

1.5.2.5 Criterios de Exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión varían en función del procedimiento quirúrgico y de las características del paciente⁽⁴³⁾.

Quedan excluidos los pacientes:

- Con patologías graves que requieren anestesia prolongada
- Tratamiento de colelitiasis
- Con patología asociada sin seguimiento o que requiera múltiples fármacos para su control
- Que cursan una infección aguda
- Con obesidad mórbida
- Adictos a drogas
- Epilepsia

Los pacientes con HIV, que antes se consideraban una contraindicación para la CMA, hoy pueden incluirse si tienen un adecuado control infectológico.

1.5.2.6 Criterios de Alta

Una vez realizado el acto quirúrgico, se lo traslada al área de recuperación para el postoperatorio inmediato, hasta que su situación clínica permita derivarlo al área de readaptación al medio, donde permanece acompañado de un familiar hasta el momento de ser dado de alta a su domicilio.

La escala de Aldrete⁽⁴⁹⁾ define una serie de criterios para la evaluación del estado clínico de los pacientes en el posoperatorio inmediato:

- Movimiento
- Circulación
- Respiración
- Nivel de conciencia
- Saturación de Oxígeno

La suma de 9 puntos o más en esta escala determina el alta del área de recuperación posanestésica.

Escala de Aldrete

Movimiento	Voluntario de al menos una extremidad superior y una inferior	2
	Voluntario de al menos una extremidad superior y ninguna inferior	1
	Sin movimiento voluntario	0
Circulación	Presión arterial $\pm$ 20% de los niveles preanestésicos	2
	Presión arterial 20% a 50% de los niveles preanestésicos	1
	Presión arterial $\pm$ 50% de los niveles preanestésicos	0
Respiración	Capaz de respirar profundo y toser	2
	Respiración limitada, disnea	1
	Apnea	0
Nivel de conciencia	Despierto	2
	Responde al llamado	1
	No responde	0
Saturación de oxígeno	>90% con aire ambiente	2
	>90% con oxígeno suplementario	1
	<90% con oxígeno suplementario	0
9 puntos o más: alta de unidad de recuperación posanestésica		

La determinación del momento en el que un paciente puede ser dado de alta de la unidad de CMA es fundamental para garantizar el éxito. Se han establecido distintas escalas de puntaje y diversos criterios para el alta. El más difundido es el Sistema PADSS (Pos Anesthesia Discharge Scoring System)⁽⁵⁰⁾.

Los criterios que utiliza el sistema PADSS están basado en:

-
- | | |
|----------------------|-----------------------|
| • Signos Vitales | • Sangrado Quirúrgico |
| • Nivel de Actividad | • Micción |
| • Nauseas, Vomito | • Ingesta de Líquidos |
| • Dolor | |
-

Esta clasificación se utilizó al menos 10 años en los hospitales de Toronto, hasta que trabajos de investigación han demostrado que existen indicaciones específicas para la evaluación de los criterios de micción e ingesta de líquidos ya que los pacientes pueden recibir un alta temprana y segura si no se les exige la micción como requisito previo; por lo tanto, el alta en los pacientes de bajo riesgo sin antecedentes de problemas en la micción no debe retrasarse a la espera de ésta. Las indicaciones en las cuales es aconsejable esperar la micción pero no condición *sine qua non* para dar de alta al paciente son⁽⁵¹⁾:

- Anestesia Medular
- Cirugía Pélvica
- Cirugía Urológica

En el año 2010 esta situación llevo a los autores a presentar el Sistema de puntaje de alta posanestésica (MPADSS) modificado por Chung.

Signos Vitales (tensión arterial y frecuencia cardíaca)	Variación menor del 20% de los valores preoperatorios	2
	Variación del 20% al 40% de los valores preoperatorios	1
	Variación mayor del 40% de los valores preoperatorios	0
Nivel de Actividad	Deambula sin asistencia	2
	Deambula con asistencia	1
	Incapaz de deambular	0
Náuseas, Vómitos	Leve (cede con medicación oral)	2
	Moderado (cede con medicación parenteral)	1
	Severo (no cede a pesar del tratamiento repetitivo)	0
Dolor	Leve (puede necesitar medicación oral)	2
	Moderado (cede con medicación parenteral)	1
	Intenso (no cede a pesar del tratamiento repetitivo)	0
Sangrado Quirúrgico	Leve (no necesita cambio de curación de la herida)	2
	Moderado (necesita hasta dos cambios de curación de la herida)	1
	Severo (necesita tres o más cambios de curación de la herida)	0
Micción	Orina espontáneamente	2
	Precisó sondaje evacuador	1
	No orina espontáneamente	0
Ingesta de líquidos	Normal	2
	No puede ingerir líquidos	1
12 puntos o más: Se considera la paciente en condiciones de alta domiciliaria		

En nuestro servicio consideramos fundamental la micción y la tolerancia a la ingesta de líquidos por lo que hasta la fecha seguimos utilizando los criterios de PADSS originales.

Antes de darle el alta, es fundamental brindarle al paciente las instrucciones postoperatorias de manera clara y precisa, y asegurarse de que las haya comprendido. Se debe explicar claramente sobre:

- Cuidado de las heridas
- Fecha de las curaciones
- Dieta
- Hidratación
- Instrucciones sobre los fármacos prescritos
- Normas necesarias tras el alta

Además, debe brindarse un teléfono de contacto para la aclaración de las dudas que puedan presentarse en el domicilio, con la instrucción de acudir al servicio de urgencias para resolver las posibles complicaciones (Anexo 8.2).

1.6 Indicadores de Calidad en CMA

Los indicadores de calidad son herramientas que medidos en forma periódica y registrados de forma sistemática para evaluarlos y compararlos con otros centros que aplicados a la CMA permitirán establecer e implementar acciones de mejora.

La noción de calidad se sustenta en diversos conceptos que con frecuencia se confunden. Estos son:

Criterio: Condición que debe cumplir una determinada actividad, proceso o práctica para ser considerada de calidad.

Indicador: Medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y validar la calidad de las diferentes actividades.

Estándar: Es el grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad, define el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad que se alcanza en un proceso determinado.

Monitorización: es el seguimiento del estado de un indicador en relación con el estándar.

La CMA constituye un proceso de gestión compleja en el que interviene múltiples actores durante todas sus fases.

Podemos establecer un gran número de criterios en función del tipo, características y esquema organizativo de la unidad.

Pero lo mas importantes y obligatorios son:

Adecuación:

De la selección: del paciente para CMA que deben cumplir los criterios de inclusión y exclusión.

De la programación: que debe responder a las necesidades y los recursos existentes, minimizando las cancelaciones y suspensiones.

Idoneidad

Del Proceso Quirúrgico: El proceso que debe cumplir con los requisitos de calidad científica o técnica exigibles.

Del Proceso Anestésico: debe cumplir los requisitos de calidad científico técnicas exigibles.

Del Resultado Quirúrgico: debe cumplir con los estándares establecidos.

Existen numerosos indicadores de calidad asistencial en CMA (muchos de ellos dependientes) al igual que los criterios de calidad, de las características estructurales y organizativas de la UCMA.

La IAAS, estableció en el 2006, los principales indicadores clínicos básicos, a saber⁽⁵²⁾, que depende de:

- Estructura de la Unidad
- Eficiencia y calidad asistencial
- Funcionamiento interno

- Morbilidad
- Coordinación profesional
- Calidad percibida

1.6.1 Tasa de Cancelaciones

Evalúa qué porcentaje de pacientes no acuden el día de la cirugía programada, ya sea por motivos justificados o no.

Para evitar este tipo de inconvenientes, es recomendable confirmar con el paciente (ya sea de manera presencial, solicitándole que concurra al servicio, o por vía telefónica) si efectivamente se va a someter a la intervención, 24 o 48 horas antes del día de la cirugía.

Se calcula mediante la fórmula:

$$\text{Tasa de Cancelaciones} = \frac{\text{Nº Pacientes Programados en CMA que no acuden}}{\text{Nº Total de Pacientes Programados en CMA}} \times 100$$

Para los distintos indicadores, existen tasas de referencia a nivel mundial, estimadas según centros de referencia en CMA. La Tasa de Cancelaciones según Australian Council on Healthcare Standards ⁽⁵³⁾ (ACHS), debería ser de alrededor de: 0.8%

1.6.2 Tasa de Suspensiones

Evalúa la cantidad de pacientes que se programaron en CMA y que, una vez ingresados a la unidad el día de la cirugía, ésta se termina suspendiendo por diferentes motivos: malas condiciones clínicas del paciente, el paciente no acude con un acompañante, existe algún problema técnico en el quirófano, por falta de personal en el hospital por alguna medida de fuerza, información preoperatoria insuficiente, inadecuada selección del paciente, etc.

Se calcula de la siguiente manera:

$$\text{Tasa de Suspensión} = \frac{\text{Nº de Pacientes que Ingresaron y que no se Intervienen}}{\text{Nº Total de Pacientes Programados en CMA}} \times 100$$

La ACHS diferencia a la tasa de suspensiones según las distintas causas que la originan: por comorbilidades el 0,23%, por enfermedades agudas intercurrentes: 0,26%, por problemas administrativos u organizativos: 0,63%⁽⁵³⁾.

1.6.3 Tasa de Re Intervenciones

Este indicador, mide la cantidad de pacientes que debieron ser reintervenidos, posteriormente a una CMA.

Es un indicador muy importante, que muestra la eficiencia en aplicar la metodología CMA, ya sea en la selección de los pacientes, o en la técnica quirúrgica, o en casi cualquier otro aspecto que involucra a todo el proceso CMA, ya que una falla en ellos produce casi invariablemente un aumento de este índice. La ACHS reporta un 0,050% como el deseable para CMA. Nos indica la calidad de ejecución técnica de los procedimientos.

Se calcula de la siguiente manera:

$$\text{Tasa de Reintervenciones} = \frac{\text{Nº de Pacientes que fueron Reintervenidos}}{\text{Nº Total de Pacientes Intervenido en CMA}} \times 100$$

1.6.4 Tasa de ingresos

Este es otro indicador al que no se quiere ver crecer en la práctica. Expresa la cantidad de pacientes que se intenta operar en CMA y que finalmente no pudieron completar el circuito, y debieron internarse. Refleja el fracaso del proceso ambulatorio.

Las principales causas son: complicaciones intraoperatorias, postoperatorio complicado, o pacientes que por causas sociales no pueden retornar a sus hogares.

$$\text{Tasa de Ingresos} = \frac{\text{Nº de Pacientes con Ingresos no Previstos}}{\text{Nº Total de Pacientes intervenidos en CMA}} \times 100$$

El estándar internacional para este índice, está alrededor del 1%. La ACHS reporta 1,2% ⁽⁴⁷⁾.

1.6.5 Tasa de Reingresos

Este indicador expresa el número de pacientes que una vez completado el circuito de CMA, y ya de vuelta en su hogar, deben retornar y ser ingresados a la institución.

La Asociación Internacional de Cirugía Ambulatoria⁽⁵⁴⁾ (IAAS en inglés) sugiere que este indicador se evalúe en dos partes: un indicador para las primeras 24 horas, y otro para después de las 24 horas hasta los 28 días posteriores a la cirugía.

$$\text{Tasa de Reingresos} = \frac{\text{Nº de Pacientes que se Reingresan a la Institucion}}{\text{Nº Total de intervenidos en CMA}} \times 100$$

1.6.6 Índice de Ambulatorización

Expresa la proporción de procedimientos realizados en forma ambulatoria, sobre el total de procedimientos quirúrgicos.

Es un índice que nos permite saber el impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del hospital.

$$\text{Indice de Ambulatorizacion} = \frac{\text{Nº de Procedimientos en CMA}}{\text{Nº Total de Procedimientos}} \times 100$$

1.6.7 Índice de Sustitución

Expresa la relación entre la cantidad de cirugías que se podrían realizar en CMA, con la cantidad de cirugías realizadas en CMA, sumadas con las CMA programadas y finalmente ingresadas al hospital.

Dicho de otra forma, mide la efectividad que se tiene a la hora de llevar a cabo el proceso de CMA, ya que contrasta las CMA que se podrían haber hecho, con las que realmente hicieron.

Este índice puede ser global, o específico para cada especialidad. Sus valores deseables, pueden ser distintos en función al tipo de unidad de CMA y al menú prestacional de la institución.

Otra de sus utilidades radica en que nos permite compararnos con nosotros mismos, y con otras unidades^(54,55).

Se calcula de la siguiente forma:

$$\text{Índice de sustitución} = \frac{\text{Nº de procedimientos potencialmente ambulatorios realizados en CMA}}{\text{Nº de Procedimientos Ambulatorizables Programados}} \times 100$$

1.7. Satisfacción en CMA

La cirugía mayor ambulatoria no solo significa menores costos en los servicios de salud, sino que también sostiene y mantiene dos de las premisas más importantes del sistema sanitario: seguridad del paciente y calidad del servicio brindado.

La seguridad del paciente consiste en la reducción del riesgo innecesario asociado con la atención sanitaria a un mínimo aceptable. La magnitud y la gravedad de los daños que sufren los pacientes relacionados con la asistencia, así como sus consecuencias sanitarias y económicas para los mismos, los profesionales y las organizaciones sanitarias, han hecho que la seguridad del paciente sea considerada como una prioridad a nivel mundial, nacional, regional y local⁽⁵⁶⁾.

Calidad según la Real Academia Española (RAE) se define como propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite juzgar su valor. En los sistemas de salud esta propiedad se define por la satisfacción del paciente en el servicio recibido, en la cual no solo será importante la prestación sanitaria al problema que lo afecta sino también a sentirse protegido y cuidado de la mejor manera posible⁽⁵⁷⁾.

La satisfacción del paciente hace referencia al bienestar o placer que se obtiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad. Se refiere al grado de conformidad de la persona cuando utiliza un bien o un servicio. También permite que mediante trabajos de investigación se puedan determinar las áreas de falencias del servicio o bien inquietudes o miedos del paciente a la hora de acudir al servicio⁽⁵⁷⁾.

Para poder determinar el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en nuestro servicio, en el momento de la primera curación posquirúrgica se le solicita que completen una encuesta de 22 preguntas en las cuales se investiga sobre la percepción del servicio, la calidad de la atención profesional y no profesional recibida.

Para evaluar la satisfacción del paciente se utiliza los parámetros establecidos por la International Association Ambulatory Surgery (IAAS) que como ya se mencionó en los apartados anteriores que se incluyen dentro de los indicadores de calidad del servicio de CMA, en la subcategoría de calidad percibida⁽⁵⁸⁾.

Diferentes trabajos en Europa informan el grado de satisfacción de los pacientes bajo esta modalidad de tratamiento en comparación con la cirugía convencional o bien empleando la misma metodología de intervención, pero con diferentes criterios de inclusión. Esto permite primariamente determinar la reducción de costos que genera uno u otro tipo de intervención y también ampliar los criterios para poder aumentar el número de pacientes a intervenir^(59,60).

La bibliografía demuestra un alto porcentaje de satisfacción por parte de los pacientes en los aspectos de regreso a su domicilio y vuelta a las actividades cotidianas⁽⁶⁰⁾.

1.8 Habilitación/ Acreditación de los Servicios de CMA

Los servicios de Cirugía Mayor Ambulatoria no cuentan con una acreditación específica para un servicio de CMA, debiendo cumplir con la normativa general de habilitación de un servicio de salud⁽⁴⁵⁾.

El Departamento de Sanidad de la Generalidad de Cataluña⁽⁴²⁾ elaboró, en 2002, una Guía de CMA que tiene por objeto la definición de criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de las exploraciones y pruebas diagnóstico terapéuticas, fuera del área quirúrgica; así se plantearon otras guías de recomendación sin tener el carácter de normativo en países como Estados Unidos e Inglaterra^(61,62).

Los centros de CMA deben valorar el nivel de cumplimiento de criterios y estándares previamente establecidos; es por eso que muchos centros eligen someterse a procesos de acreditación voluntaria, como es el caso del Servicio de Cirugía y de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hptal. de Clínicas Pdte. Dr. N. Avellaneda, que fue acreditado por la Asociación Argentina de Cirugía y recientemente la UCMA certificó las normas ISO 9001/2015, (Certificado N° 01 10006 1930058) en los ítems correspondiente a: selección y admisión de pacientes en CMA, admisión y recuperación del paciente en URPA. Esto demuestra el adecuado sistema de gestión de calidad y representa uno de los mejores estímulos para trabajar de forma eficiente, con el soporte de herramientas útiles y prácticas de sistematización de los procedimientos, esta acreditación exige el cumplimiento de los requisitos documentales y legales. La importancia de estas normas es que aporta las reglas básicas para desarrollar un sistema de calidad totalmente independiente del producto o servicio que proporcione. Incorpora la prevención como forma de vida, un sistema que sirve para anticipar los errores antes de que estos se produzcan. Se centra en garantizar que lo que ofrece una organización cumple con las especificaciones establecidas, asegurando una calidad continua a lo largo del tiempo ⁽⁶⁹⁾.

1.9 Docencia en CMA

La docencia constituye un pilar fundamental para el sistema sanitario y la CMA ha revolucionado la práctica de la cirugía, por lo que debe ser incluida paulatinamente en la formación de grado y de posgrado.

La principal ventaja que ofrece la rotación en CMA es el elevado flujo de pacientes que posee la misma además de que permite al estudiante de las carreras de grado y de posgrado entrar en contacto con una medicina que tiene como finalidad el brindar una elevada calidad asistencial, otorgándole mayor grado de satisfacción posible a los pacientes a un costo razonable para los servicios de salud.

Es conveniente que los alumnos de la carrera de medicina y de enfermería realicen una rotación por una Unidad de CMA, ya que, por las características de la misma, éstos pueden incorporar una gran cantidad de habilidades y aptitudes, como por ejemplo manejo en la consulta externa.

En el posgrado, los residentes de cirugía y de anestesiología pueden realizar una gran cantidad de procedimientos con el circuito completo hasta el alta del paciente⁽⁴³⁾.

Diferentes trabajos en Europa, destacan la importancia de la formación de residentes en unidades de CMA debido a la gran cantidad de procedimientos que se están incluyendo bajo esta modalidad operatoria y que, con el impacto no solo económico, sino también en lo que respecta a calidad y satisfacción de los pacientes prontamente dejara de ser una alternativa quirúrgica para convertirse en el tratamiento de primera elección para muchas de las patologías. Las diferentes unidades CMA exigen al médico residente un cambio de mentalidad en su formación ya que la atención de estos pacientes es completamente diferente a lo que está acostumbrado y probablemente al finalizar su formación, la mayoría de los procedimientos lo realice bajo esta modalidad operatoria^(63,64).

1.10 Futuro en CMA

En los inicios de la CMA, había que justificar por qué un paciente era sometido a una cirugía ambulatoria mayor, estando la internación como un procedimiento standard.

Actualmente es al revés. Se debe justificar por qué se dejará internado a un paciente en lugar de realizarle una CMA y que esa noche duerma en su casa, cómodamente y rodeado de su familia, siendo cuidado por ellos. En un extremo de esta situación, se sitúa Estados Unidos, en su sistema de salud, los gastos son reembolsables si el equipo médico puede justificar porqué fue intervenido con ingreso y no en CMA⁽⁶⁵⁾.

En nuestro país, se requiere un cambio mayor de mentalidad por parte de la comunidad médica y la relacionada al equipo de salud. Muchos de sus integrantes pueden ver (injustificadamente) que la CMA no es un procedimiento seguro. Pero, aun así, estamos viendo progresos sostenidos en cuanto a la adopción de este sistema para tratar patologías potencialmente ambulatorizables ⁽³⁹⁾.

1.10.1 Líneas de Actuación en el Futuro de la CMA

En base a nuestras experiencias se podrían realizarse mejoras en los siguientes siete puntos fundamentales:

1.10.1.1 - Incorporación de Nuevas Técnicas Quirúrgicas

El objetivo principal siempre es la seguridad del paciente. No se debe forzar el ingreso a CMA a pacientes que no cumplen los requisitos indispensables⁽⁶⁰⁾.

Las mejoras en las salas de recuperación prolongada, y en las técnicas de analgesia post operatoria, permitirán cirugías de mayor complejidad, pero a su vez, debe primar la sensatez a la hora de decidir si se incluye a un paciente en CMA o no.

Entre las cirugías que son promisorias en cuanto a su inclusión a CMA podemos mencionar a las urológicas (prostatectomía laser, vaporización de la próstata con plasma) ⁽⁴⁹⁾.

También hay cirugías cardiovasculares que pueden incluirse en el futuro en nuestro país, como la angioplastia con o sin colocación de stent. Estos procedimientos mencionados ya están incorporándose de a poco en CMA en otras partes del mundo. Inclusive, en centros de Estados Unidos, se está comenzando a planificar la colocación de stents en aorta abdominal, como un proceso de CMA⁽⁶⁵⁾.

Es importante remarcar, que la incorporación de estos procedimientos debe realizarse solamente cuando se garantice que la seguridad del paciente será la misma en CMA que en los procedimientos con internación.

1.10.1.2.- Analgesia Postoperatoria y de la Asistencia Domiciliaria

El principal problema de los pacientes una vez que retornan a sus casas, es el manejo del dolor. Esto es más marcado en el postoperatorio de cirugías de hallux valgus, hernias de pared abdominal o cirugías periorificiales. La introducción de protocolo de analgesia multimodal contribuye a que este problema sea más fácil de resolver⁽⁴⁰⁾.

Existen bloqueos de nervios periféricos que permiten, especialmente en cirugía ortopédica, disminuir el dolor en los pacientes. Puede utilizarse también sistemas de analgesia controlada por el paciente⁽⁴⁰⁾.

Debería sumarse la incorporación de unidades de hospitalización domiciliaria, sumado al apoyo de la atención primaria. Esto permitirá también un mejor control de la analgesia, a su vez que brindará mayor tranquilidad al paciente, y permitirá un seguimiento más cercano de la evolución postoperatoria del paciente

1.10.1.3 - Empleo de Tecnologías de la Información y Comunicación

Una de las posibilidades de las Tecnologías de la Información y comunicación, es el desarrollo de la Telemedicina, cuya idea es facilitar el acceso a la atención médica cuando el paciente está en un espacio físico diferente al del médico. En el caso de la CMA, se puede aplicar en el momento del control postoperatorio inmediato y mediato domiciliario (en los días posteriores a la cirugía) cuando el paciente requiera un ajuste en su control analgésico, para evacuar alguna otra duda que pueda tener

sobre los cuidados de la herida, retorno a las actividades, o bien cualquier otra inquietud significativa que pueda surgir⁽⁶⁶⁾.

También serán muy útiles para la evaluación a distancia de estudios imagenológicos y asesoramiento por especialistas de otros centros, en casos clínicos complejos, que requieran su evaluación.

Las posibilidades son aún más amplias, cuando se considera que, en un futuro, se podrá discutir intraoperatoriamente con asistentes remotos, o aún el manejo de robots que llevarán a cabo el acto quirúrgico.

Entre las preocupaciones que pueden surgir por el uso de estas tecnologías, sé tiene que considerar a la creciente polémica sobre la vulnerabilidad de los datos sobre los pacientes que estas plataformas puedan guardar. Sobre todo, teniendo en cuenta la privacidad de estos datos y la posibilidad de ser alterados por error o intencionalmente, con el paso del tiempo.

Otra dificultad a sortear es la amplitud de software en las distintas plataformas, por lo que se debe asegurar la interoperabilidad de ellas, para que puedan funcionar fluidamente. Dicho en otras palabras, que todos los dispositivos (computadoras, tablets, celulares, servidores, etc.) “hablen el mismo idioma” y puedan comunicarse entre sí.

Además, habrá que tener en cuenta que estas tecnologías deben insertarse con las menores dificultades posibles para el personal. No deben ser un obstáculo ni un trabajo extra en la jornada laboral del médico o de los enfermeros. Se debe tener un conocimiento detallado del flujo laboral del personal, y buscar en qué puntos y mediante qué modalidad, se pueden agregar estas nuevas plataformas que han venido a facilitar y no a sobrecargar el trabajo en la institución de salud.

Por otra parte, se debe tener en cuenta la accesibilidad de sus datos para el paciente, en definitiva, los datos de los pacientes les pertenecen a ellos, y se debe tener cuidado de no excluirlo de este sistema y evitar que el paciente termine siendo un mero integrante estático de este sistema, un objeto pasible de ser estudiado y tratado, pero sin derecho al acceso y la comprensión de estas nuevas tecnologías^(66,67).

Todos estos avances, deberían traer más equidad y no más inequidad al sistema de salud. A la vez, deberían disminuir la dificultad al acceso de la salud, y a reducir gastos por parte de los pacientes por su traslado a los centros de atención. Como se ha mencionado antes, se espera que este sistema aumente la comodidad del paciente y la confianza en el tratamiento y en la sensación de seguridad.

Como queda exployado en los párrafos anteriores, también se aspira a una mejor articulación entre la Atención Primaria de la Salud, y los sectores altamente especializados del sistema de salud.

1.10.1.4.- Consultas de Alta Resolución y Cirugía de Alta Resolución

Este punto es uno de los nuevos paradigmas de la atención de la salud. El objetivo máximo es lograr que los estudios pre quirúrgicos, la evaluación pre quirúrgica y la intervención quirúrgica se realicen todos en una única visita al hospital.

Esto produciría una disminución considerable de los costos, además de que mejoraría la articulación entre la Atención Primaria de la Salud y los centros especializados.

En este apartado, también son muy importantes las tecnologías de la Información y Comunicación, porque facilitarían la comunicación entre el médico de atención primaria que detecta la necesidad quirúrgica de un paciente, y la referencia al centro de mayor complejidad.

Como se verá más adelante, uno de las dificultades para este cambio y para todos los que van a venir, es la resistencia al cambio, tanto por parte del personal de salud como de los pacientes y sus familias.

1.10.1.5.- Instalaciones del Futuro

Como instalaciones del futuro, se aspira a que las unidades de CMA sean autónomas, ya que permiten una mejor calidad de la atención médica.

Esto se debe a que este tipo de unidades, son auto gestionadas, dándole mayor autonomía y poder de decisión al personal que trabaja en la UCMA.

Las Unidades de recuperación Prolongada, deberán crecer en tamaño y número, ya que no sólo el número de quirófanos y de cirujanos es un limitante en el número de cirugías, sino también el espacio de recuperación post anestésica es un potencial limitante de la cantidad de pacientes que se pueden operar por día. Así también se podrán mejorar la calidad de la atención postoperatoria y también atender a pacientes más complejos, con más comorbilidades.

También en las instalaciones deseables para el futuro de la CMA, aparecen los hoteles hospitales, comunes en Estados Unidos y algunos países de Europa. Estos hoteles, posibilitaría que pacientes que tienen viviendas inadecuadas, o que viven muy alejados de los centros quirúrgicos, puedan operarse y pernoctar en estos hoteles. Esta estadía en el hotel, si bien es más onerosa que si el paciente retornara a su domicilio, sigue siendo menos cara que la internación en el hospital⁽⁶⁸⁾.

1.10.1.6.- Investigación

Las unidades de CMA, están acostumbradas a ser un espacio innovador dentro del sistema de salud. Esta innovación les permite mayores posibilidades para realizar investigaciones en distintos campos, como pueden ser las diversas formas de gestión, el cálculo de costo-efectividad, la utilización de nuevas técnicas quirúrgicas, el empleo de nuevos fármacos, el control de calidad, la prevención de eventos adversos, el empleo de tecnologías de la información y comunicación.

Esta amplitud de horizontes debería permitir el crecimiento profesional de los integrantes de la unidad, como así también ampliar el cuerpo de conocimientos sobre la CMA.

1.10.2 Otras perspectivas:

1.10.2.1 Tecnologías de la Información y Seguridad del Paciente

Las Tecnologías de la Información, ofrecerán muchos más recursos y posibilidades para el futuro desarrollo de la práctica médica, entre ellas también a la CMA.

Más allá de lo planteado en el punto 3 del apartado anterior (*Empleo de Tecnologías de la Información y Comunicación*) parece importante también citar el

trabajo de Jackson⁽⁷⁰⁾ presentado en el Congreso internacional de Cirugía ambulatoria en Budapest, en 2013.

Su planteo radica en que divide en tres los niveles de desarrollo en seguridad en cirugía ambulatoria, -el los llama “*niveles de confiabilidad*”- utilizando sistemas computarizados.

En el Nivel 1, el énfasis está puesto en entrenamiento, vigilancia y aumentar la intensidad del trabajo humano, para corregir errores. Advierte que lo que se puede mejorar desde el punto de vista humano, su performance, tiene un límite.

Los del Nivel 2, apoyan su confianza en las últimas investigaciones sobre cómo mejorar el factor humano. Es donde aparecen las checklists y otros sistemas que se puedan diseñar para el apoyo de decisiones, que faciliten tomar las decisiones correctas.

En el nivel 3, se hace lo mencionado en el Nivel 2, pero se le agregan procesos que puedan remarcar las malas decisiones de manera temprana, y que también hagan visibles los errores. Es en este nivel donde las tecnologías de información cobran un papel preponderante.

La mayoría de las instituciones trabajan en el nivel 1, aunque algunas trabajan en el nivel 2. Jackson sostiene que todas las organizaciones deberían esforzarse en llegar al nivel 3, donde según él: “los procesos son altamente confiables y los errores visibles”.

Tablets, celulares y computadoras conectadas en red, podrían informar permanentemente al equipo de salud sobre los parámetros vitales, así como también emitir alertas de cuando algo no está bien. Estos equipos contarían con todos los antecedentes clínicos de los pacientes, así como las comorbilidades y orientarán al médico sobre qué parámetros observar con mayor detenimiento. También el sistema podrá alertar sobre dosis riesgosas de medicamentos o insuficientes, a la vez que llevan también, registro de las interacciones medicamentosas alertando también potenciales peligros.

Existen ya en países de la comunidad europea y en Norteamérica, pulseras con chip, que se le colocan al paciente en su ingreso y lo siguen al paciente mediante sensores durante toda su estadía en el hospital, aún en el quirófano. También esto se les coloca a las camillas en las que se transporta a los pacientes. Esto hace más fácil el seguimiento del circuito de un paciente, a su vez que permite evaluar en qué puntos el paciente pasa más tiempo del indicado.

Queda mencionar también a los dispositivos que se pueden conectar al paciente (oxímetros, tensiómetros, bombas de infusión, electrocardiógrafos, etcétera) que informan en tiempo real los parámetros de los pacientes.

Por otro lado, también cabe la amplísima posibilidad del posterior uso de los datos que todos estos elementos recogen permanentemente, pero ese tema va más allá de lo que esta tesis pretende abarcar.

Claro que la aparición de dispositivos cada vez más sofisticados, generan mayores costos que hacen muy difícil su incorporación en nuestro país. Pero también es cierto que a medida que los dispositivos se hacen más masivos, su precio disminuye. Otro punto a favor es que los errores que pueden devenir de las fallas humanas, probablemente generen más gastos que incorporar tecnología de punta que pueda evitarlas, sin mencionar el sufrimiento que se le ahorraría a los pacientes y sus familiares, y por qué no, al equipo de salud también. Ese factor no se puede calcular en dinero, pero es muy importante.

Por último, tenemos la esperanza de que en los países subdesarrollados como el nuestro, la tecnología llega con lo que en los países anglosajones llaman “saltos de rana” (*leap frog* en inglés). Esto significa que no hay que esperar que los últimos avances de la tecnología lleguen, uno por uno, en orden. Sino que las tecnologías que son realmente disruptivas pueden llegar más rápido que los pasos intermedios. Por ejemplo, en muchas localidades rurales nunca hubo teléfonos con línea fija, y los celulares llegaron abruptamente, sin necesitar del avance gradual de la telefonía.

1.10.2.2 Miedo al Cambio

Se ha remarcado que uno de los principales problemas que enfrenta la CMA para mejorar, es el miedo al cambio^(71,72).

A lo largo de la carrera profesional se experimentan muchos cambios que no se deben sólo al simple pasar del tiempo, sino que también los años y los meses nos acercan nuevos desafíos y facilidades que pueden ser tanto anticipados o inesperados. Algunos de esos desafíos y horizontes de mejora, hemos tratado de delinearlos en este capítulo, pero muchos otros surgirán, que serán inesperados.

Aun sabiendo que muchos cambios se avecinan, nuestra mente suele caer en la trampa de la comodidad de lo conocido, y no es extraño que los médicos desarrollemos nuestra profesión en una zona de confort.

Una de las propuestas es diseñar un esquema de trabajo en nuestra unidad, que aleje la posibilidad de un estancamiento en el confort, con pequeños desafíos cotidianos para mejorar y aprender a ver nuestros errores y evitarlos en el futuro. Uno de los puntos en los que se enfatiza actualmente es en la educación médica continua. Por ejemplo, una vez que el cirujano se sienta cómodo con las técnicas quirúrgicas para la práctica de CMA, deben mejorar su capacidad de recolección de datos y análisis estadístico para auditar su trabajo, y si es posible, mostrar a los demás el buen trabajo que está haciendo. También para mejorar continuamente con las falencias descubiertas a través de la estadística. Una vez obtenidos esos nuevos conocimientos, se puede apuntar a un mejoramiento en las técnicas de analgesia postoperatoria, y a hacer sentir al paciente más contenido cuando retornan a su domicilio. Posteriormente, encontrar más puntos en los que se pueda mejorar y mientras se vayan cumpliendo metas, nuevos hitos irán surgiendo en los campos ya mejorados, lo que nos forzará a aprender de nuevo esos aspectos, y así sucesivamente.

Esto es sólo un ejemplo de cómo crear una cadena continua de mejoras, lejos de hacer sólo lo que resulte cómodo y conocido.

1.10.2.3 Base de Datos de CMA

Así como Europa tiene su Proyecto de Datos de Cirugía Ambulatoria⁽⁷³⁾, se debería aspirar a una base de datos nacional, y por qué no aspirar a una continental, con datos de cirugía ambulatoria.

Basándonos en los indicadores mencionados en esta tesis, y en otros muchísimos datos que surgen de las historias clínicas de los pacientes, y en los datos recogidos por los dispositivos médicos que fueron ejemplificados en un apartado anterior de este capítulo, se podría nutrir esta base de datos para todo tipo de análisis, nuevos hallazgos de nuestros procesos, y falencias. También el poder estadístico de todos estos datos posibilitaría predecir con cierto grado de precisión algunos eventos adversos que, de no tener todos estos datos, no se podría hacer.

1.10.2.4 Incentivación

En nuestro país, la CMA no está tan presente en el sistema de salud como debería. En Estados Unidos y en Inglaterra^(74,75), el sistema incentiva a los cirujanos y a las instituciones a realizar en CMA todas las prácticas potencialmente ambulatorizables.

En Estados Unidos, por ejemplo, el seguro de Salud dificulta los pagos de las cirugías que se hicieron con internación, si es que se pudieron haber hecho en modalidad de CMA. En Inglaterra, se fijó un incentivo económico para los cirujanos que operen en CMA, tratando de que eviten dejar a los pacientes internados innecesariamente.

Un programa similar en Argentina, que impulse la Cirugía Mayor Ambulatoria tanto a nivel de medicina privada como pública sobre todo en este último sector representa una relación costo – beneficio que debe tenerse en cuenta para la subsistencia y desarrollo de la salud en cuanto a la optimización de recursos.

2. Hipótesis y Objetivos

Considerando la evolución histórica expuesta anteriormente y que el “Hptal. de Clínicas Pdte. Dr. N. Avellaneda”, fue uno de los primeros hospitales en Argentina en implementar la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) desde el año 2010, como un modelo organizativo multidisciplinario en pacientes previamente seleccionados.

La CMA aporta múltiples ventajas tanto al paciente como al Sistema Sanitario, debido a la organización rigurosa de cada una de las etapas del proceso, permitiendo llevar a cabo la intervención quirúrgica y el alta hospitalaria el mismo día.

Puesto que CMA se caracteriza por su gran repercusión social y económica que su actividad representa, es necesario analizar los datos recogidos en este período, mediante instrumentos, como los indicadores de calidad que reflejan la estructura de la unidad, la eficiencia científico-técnica y calidad asistencial.

Es por ello que la hipótesis que se plantea en relación a los indicadores de calidad en CMA son:

- 1- Se presenta la eficiencia científico-técnica y calidad asistencial mediante los indicadores de calidad de CMA en el Servicio de Cirugía General del Hptal. de Clínicas Pdte. Dr. N. Avellaneda de San Miguel de Tucumán.
- 2- Esta Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria impacta en el rendimiento global del hospital mediante el cambio de una práctica quirúrgica con internación hacia la ambulatorización de los procesos.
- 3- El aumento de experiencia de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, produce una reducción de la suspensión y cancelaciones de las intervenciones quirúrgicas.
- 4- Existe satisfacción del paciente que es intervenido en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- 5- Esta modalidad quirúrgica mantiene la seguridad del paciente.

Objetivos:

Por lo expuesto anteriormente los objetivos son los siguientes:

Objetivo General:

- Analizar y presentar la experiencia de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria integrada al Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hptal. de Clínicas Pdte. Dr. N. Avellaneda, de San Miguel de Tucumán, en el periodo Enero 2014 – Diciembre 2018.

Objetivos Específicos:

- Analizar el impacto global de la implementación de esta modalidad en la atención quirúrgica a través de los indicadores de calidad.
- Identificar causas más frecuentes de suspensiones y cancelaciones de turnos quirúrgicos.
- Evaluar la morbilidad de los pacientes intervenidos.
- Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes.

3. Material y Métodos.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de asociación cruzada, donde se analizó la actividad quirúrgica de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Servicio de Cirugía General (SCG) y Aparato Digestivo del Hptal. de Clínicas Pdte. Dr. N. Avellaneda, a punto de partida de una base de datos prospectiva, en el período comprendido entre enero 2014 y diciembre 2018. Se realizó revisión del fichero general de historias clínicas del servicio de cirugía, seleccionando las historias clínicas de los pacientes a los que se les efectuó una intervención quirúrgica mediante la modalidad de CMA. De la misma manera se extrajeron datos del libro de quirófano en el período mencionado. Toda la información obtenida se corroboró por planilla de Excel aportada por el Servicio de Estadísticas del Hospital. Los pacientes seleccionados presentaron de 14 a 75 años de edad y se consideró al sexo masculino y femenino. Se utilizaron para la selección de pacientes los siguientes criterios:

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión para determinar si un paciente era candidato a ser intervenido quirúrgicamente dentro de esta modalidad:

- Médico: edad entre 14 y 75 años, IMC hasta 35 y ausencia de patologías asociadas o descompensada
- Quirúrgico: tiempo real de intervención menor a los noventa minutos, dolor postoperatorio controlable con analgésicos orales en el domicilio y cuidados postoperatorios sencillos. Las patologías que se incluyeron son algunas de las mencionadas en la Guía de Organización y Procedimientos en Cirugía Ambulatoria de la Asociación Argentina de Cirugía (Anexo 8.3) ⁽¹⁸⁾
- Anestésico: clasificación de ASA grado I y II (Anexo 8.4).
- Personales: Aceptación del paciente para ingresar en el programa tras haberle brindado información detallada, adecuada alfabetización en salud para la comprensión y entendimiento de las indicaciones postoperatorias y de las pautas de eventual alarma.
- Socio-familiares: Estar acompañado por un adulto durante las primeras 48 horas del postoperatorio, vivienda a menos de 60 km del Hospital, disponer de medios de comunicación y traslado.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Médico: Patología asociada mal controlada o que requiera múltiples fármacos para su control. Obesidad mórbida. Antecedentes psiquiátricos y/o de adicciones severas.
- Quirúrgico: Pacientes que cursan una infección aguda.
- Anestésico: clasificación de ASA grado III o mayor.
- Personales: pacientes que no se encuentre en condiciones de brindar un consentimiento informado válido o con un nivel inadecuado de alfabetización en salud.
- Socio-familiares: que no cumplen con los requisitos descriptos previamente.

Técnicas, instrumentos de recolección de datos y análisis estadístico.

Para la recolección de datos, se usó una base prospectiva implementada desde el inicio de una experiencia piloto. Se realizó la revisión de las Historias Clínicas, del libro de quirófano y de la planilla de Excel aportados por el Servicio de Estadísticas del Hospital de Clínicas Pdte. Dr. N. Avellaneda en donde se corroboró los datos anteriores. Los datos fueron ordenados y recolectados en planillas especialmente diseñadas para tal fin. Para el análisis de datos se realizó estadística descriptiva, dando a conocer los resultados de las variables descriptivas en tasas e índices. Para la evaluación del grado de satisfacción se utilizó un cuestionario validado modificado por el autor con 22 variables y completado a la semana de la intervención (Anexo 8.1). Se dividió a los pacientes en tres categorías: muy satisfecho, satisfecho, insatisfecho. Se analizaron las variables utilizando la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010, mediante tablas.

Se conservó la ética en cada momento, para ello se solicitó autorización al Comité de Ética en Investigación de la Dirección de investiga del SIPROSA (Sistema Provincial de Salud) del Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán, al Comité de Docencia e Investigación y autoridades que correspondan del Hospital de Clínicas Pdte. Dr. N. Avellaneda. Los pacientes fueron informados de la metodología utilizada y finalidad de los mismos. Para ello se solicitó el consentimiento informado (Anexo VI). En la metodología de la encuesta se ocultó la identidad del paciente, conservándose

completamente el anonimato y confidencialidad de los datos. Tanto el consentimiento informado como la encuesta de satisfacción, corresponden a la práctica clínica habitual del servicio de cirugía de dicho hospital.

Luego de haber obtenido las autorizaciones correspondientes, para la recolección de datos, se revisó el libro de quirófano del Departamento de Cirugía General del Hptal. de Clínicas Pdte. Dr. N. Avellaneda, donde se obtuvo el número de historias clínicas de los pacientes a los que se les realizó una intervención quirúrgica con la modalidad de CMA del Aparato Digestivo, durante el periodo enero 2014 a diciembre 2018, se revisaron las historias clínicas para saber si cumplían con los criterios de inclusión y exclusión al estudio; todos estos datos fueron corroborados con la planilla de Excel aportados por el Servicio de Estadísticas del Hospital.

Se evaluaron los números de historia clínica de los pacientes que reingresaron tras el alta médica de la unidad de CMA y de aquellos que presentaron complicaciones mayores y/o menores. Para la valoración de dichos datos se confirmaron con la Planilla de Excel aportadas por el Servicio de Estadísticas del hospital.

Se estudiaron las siguientes variables: tasas de cancelación, suspensión, necesidad de reintervención, ingreso a sala de internación, reingreso, índice de ambulatorización (porcentaje de procedimientos bajo modalidad CMA sobre totalidad de procedimientos del Servicio) y sustitución (porcentaje de procedimientos efectuados bajo CMA sobre la totalidad de procedimientos CMA programados) así como el grado de satisfacción de los enfermos.

Para el proceso de análisis e interpretación de los datos se procedió a la sistematización de la información, mediante la utilización de la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010. Se realizó un análisis descriptivo de las variables bajo estudio y el de asociación entre las que resultaron de interés. Para el análisis estadístico se utilizó el Test de Chi Cuadrado.

4. Resultados

Del análisis del ejercicio de CMA, realizado en la Unidad Integrada de CMA (UCMA) al Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hptal. de Clínicas Pdte. Dr. N. Avellaneda, desde el periodo de enero 2014 a diciembre 2018, se obtuvieron los siguientes resultados:

Año 2014

Se realizó un total de 567 intervenciones quirúrgicas en el servicio de cirugía general, fueron programados para CMA 445 (78.5%) pacientes, se realizaron 325 (57.3%) procedimientos quirúrgicos de CMA.

De los 325 paciente intervenidos en CMA, según el sexo 221 (68%) femenino y un 104 (32%) masculino.

Gráfico N°1: Intervenciones quirúrgicas según el sexo (n=325).

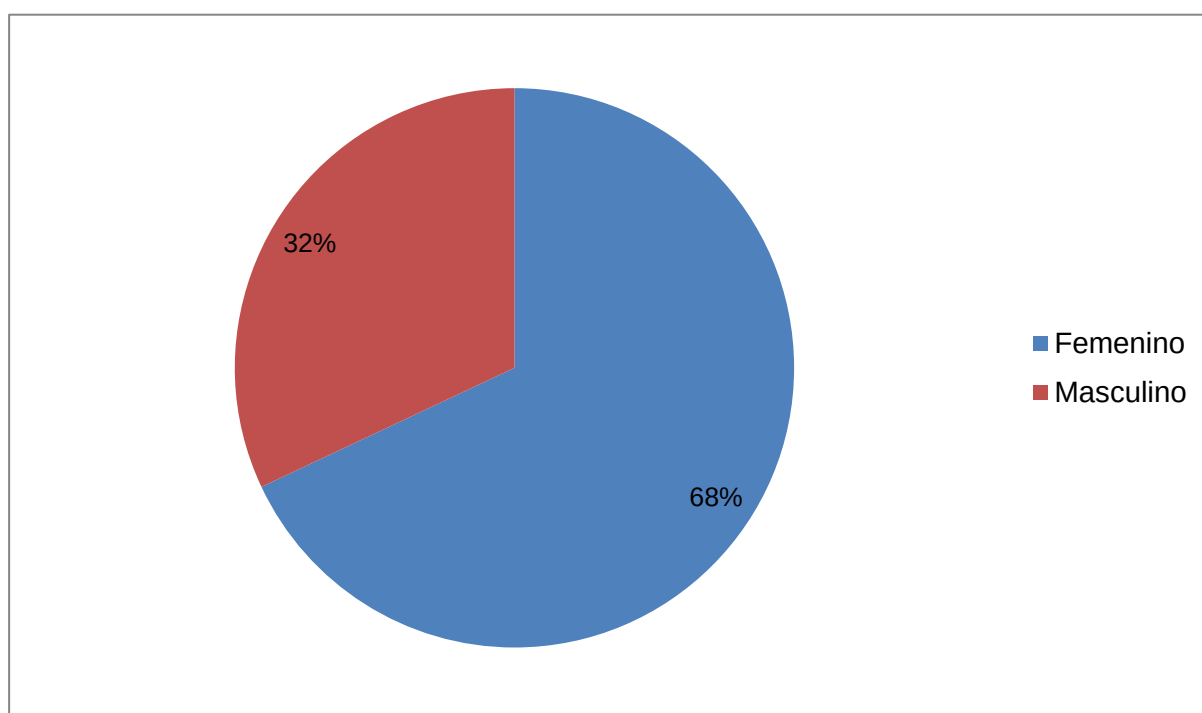
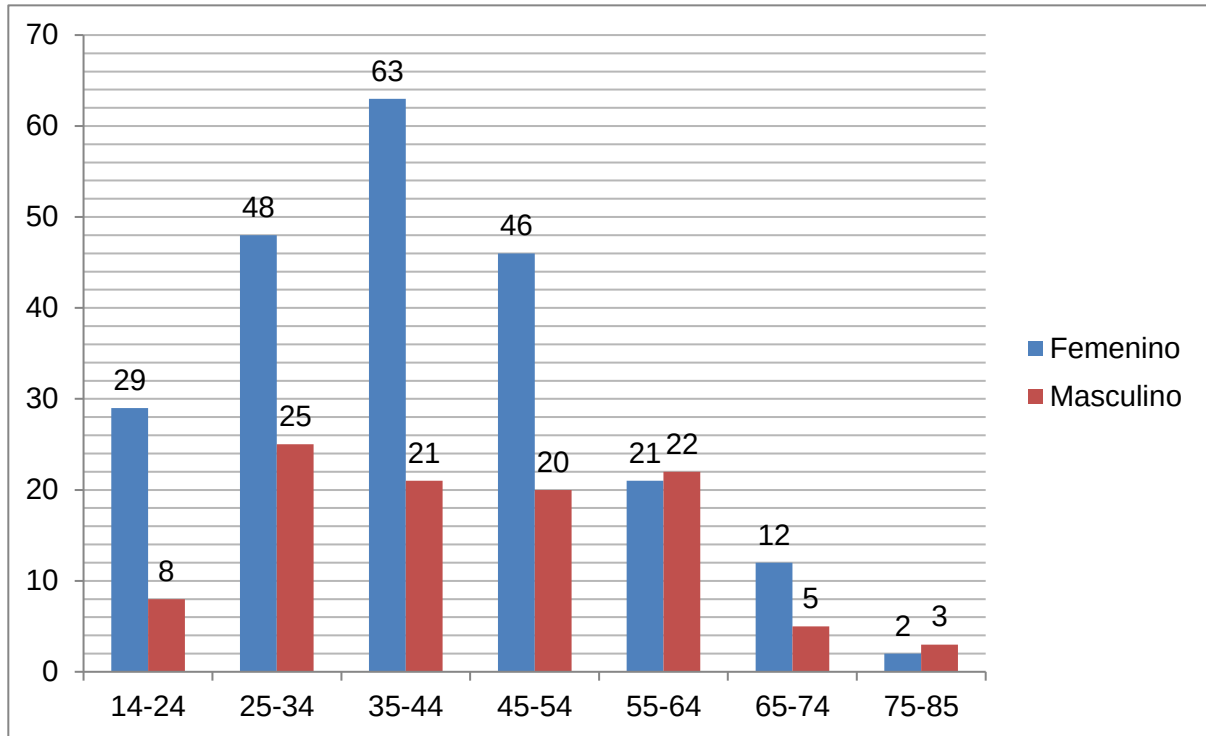


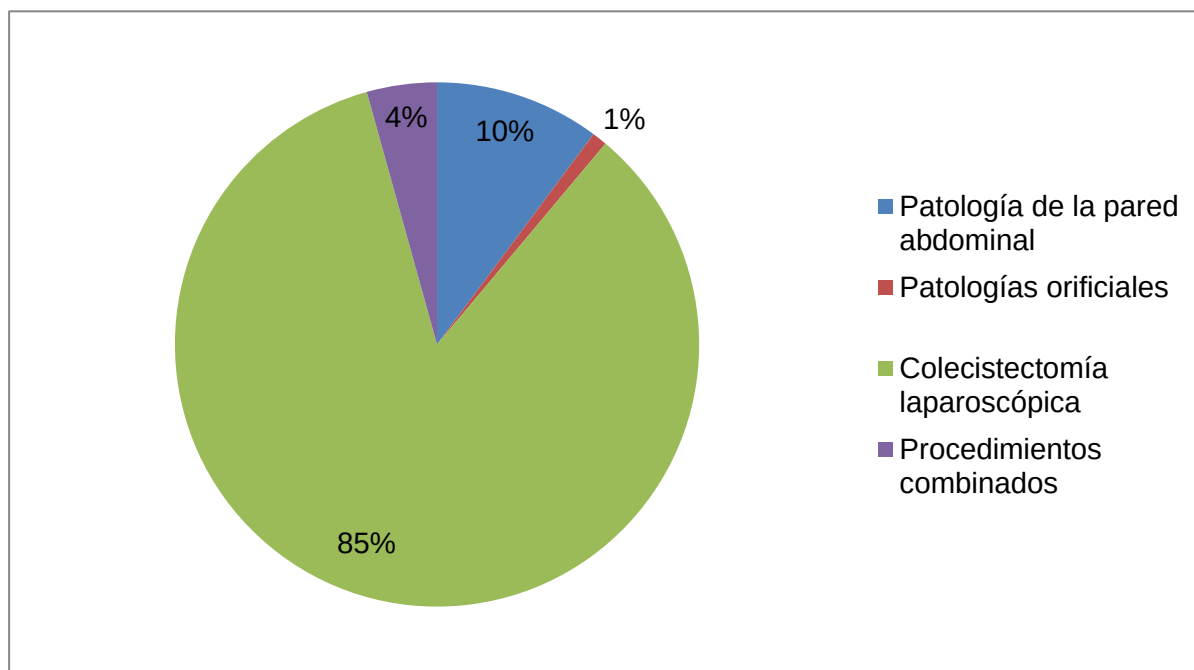
Gráfico N°2: Asociación según edad y sexo de las intervenciones quirúrgicas (n=325).



Según los procedimientos quirúrgicos realizados se los agrupo en:

- Patología de la pared abdominal: hernia y eventraciones 33 (10%).
- Patologías orificiales: fisura y hemorroides 3 (1%).
- Colectomía laparoscópica 276 (85%).
- Procedimientos combinados 13 (4%). Se Incluyeron dentro de los procedimientos combinados a aquellos en los que se realizaron dos procedimientos de CMA en el mismo acto quirúrgico, por ejemplo: colectomía laparoscópica más hernioplastia umbilical.

Gráfico N°3: Procedimientos quirúrgicos según las intervenciones realizadas en CMA (n=325).



Los Indicadores de Calidad dependen de las características estructurales y organizativas del servicio de cirugía. Se consideraron los siguientes:

Tabla N°1: Indicadores de Calidad en el Servicio de Cirugía General en el Año 2014.

Indicadores de Calidad	Año 2014
Tasa de Cancelación	9.21
Tasa de Suspensión	8.31
Tasa de Reintervención	0
Tasa de Ingreso	2.7
Tasa de Reingreso	1.2
Índice de Ambulatorización	57
Índice de Sustitución	73

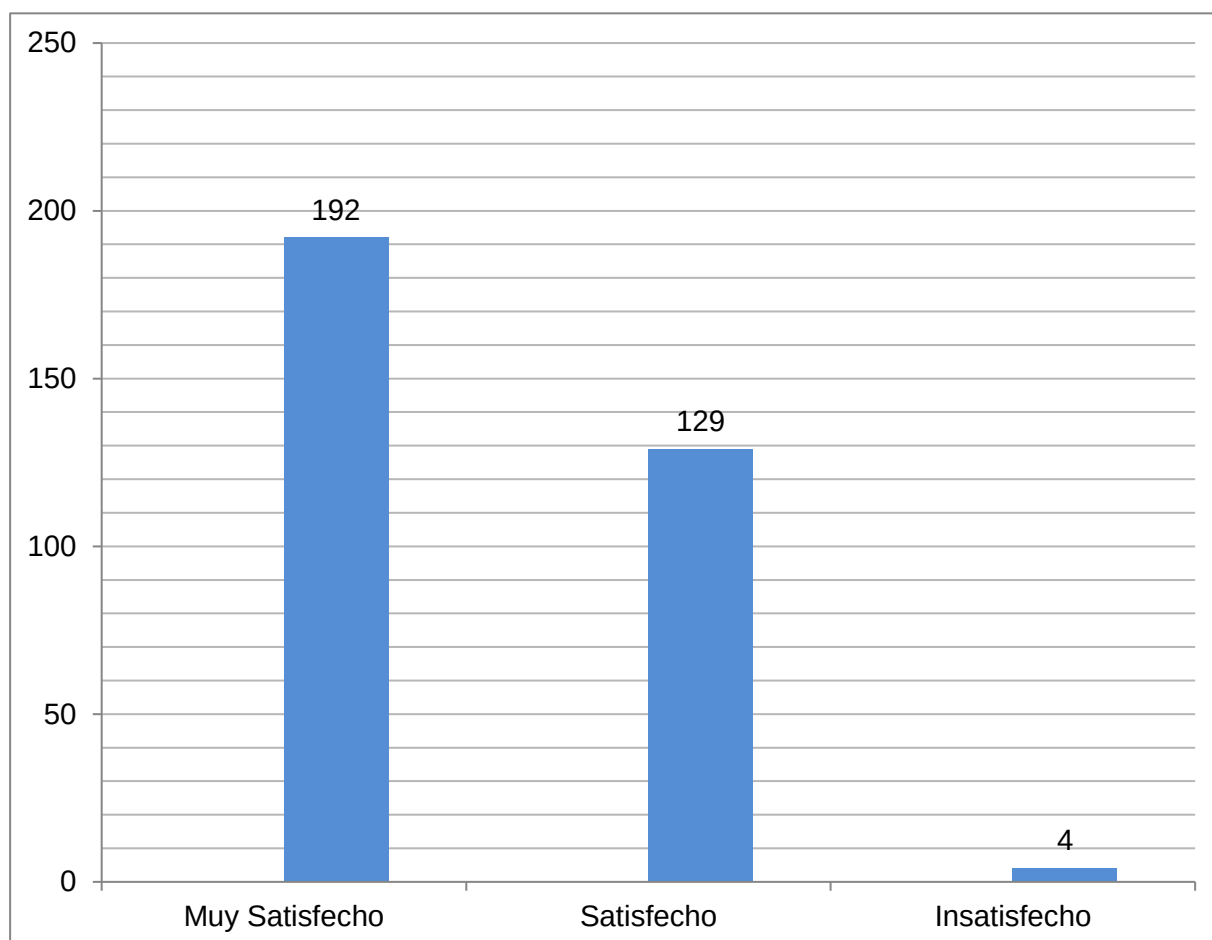
Tabla N°2: Atribución de cancelación en el Servicio de Cirugía General en el Año 2014.

Atribución de cancelación	Motivo de Cancelación	Año 2014	
		Frec. Abs.:41	%
Hospital	Falta de exámenes de laboratorio	2	4,87
	Falta de material		
Paciente	No se presentó el paciente a Consulta de Cirugía	39	96,12
	El paciente no se presento		
	Se operó el paciente de Urgencia		
	El paciente no aceptó procedimiento		
	Alteraciones de laboratorio (anemia, tiempos prolongados, trombocitosis y hipokalemia)		
Médico	Cancelada por el cirujano	0	0

Tabla N°3: Motivo de Suspensión en el Servicio de Cirugía General en el Año 2014.

Motivo de suspensión	Año 2014	
	Frec. Abs.:37	%
Comorbilidades	9	24
Enfermedades agudas intercurrentes	10	27
Por problemas administrativos / organizativos	16	43
Otros	2	6

Gráfico N° 4: Grado de satisfacción del paciente al séptimo día posoperatorio (n=325).



Año 2015

Se realizó un total de 749 intervenciones quirúrgicas en el servicio de cirugía general, fueron programadas para CMA 603 (80.6%) pacientes, se realizaron 447(59.6%) procedimientos quirúrgicos de CMA.

De los 447 paciente intervenidos en CMA, según el sexo 290 (65%) femenino y 157 (35%) masculino.

Gráfico N°1: Intervenciones quirúrgicas según el sexo (n=447).

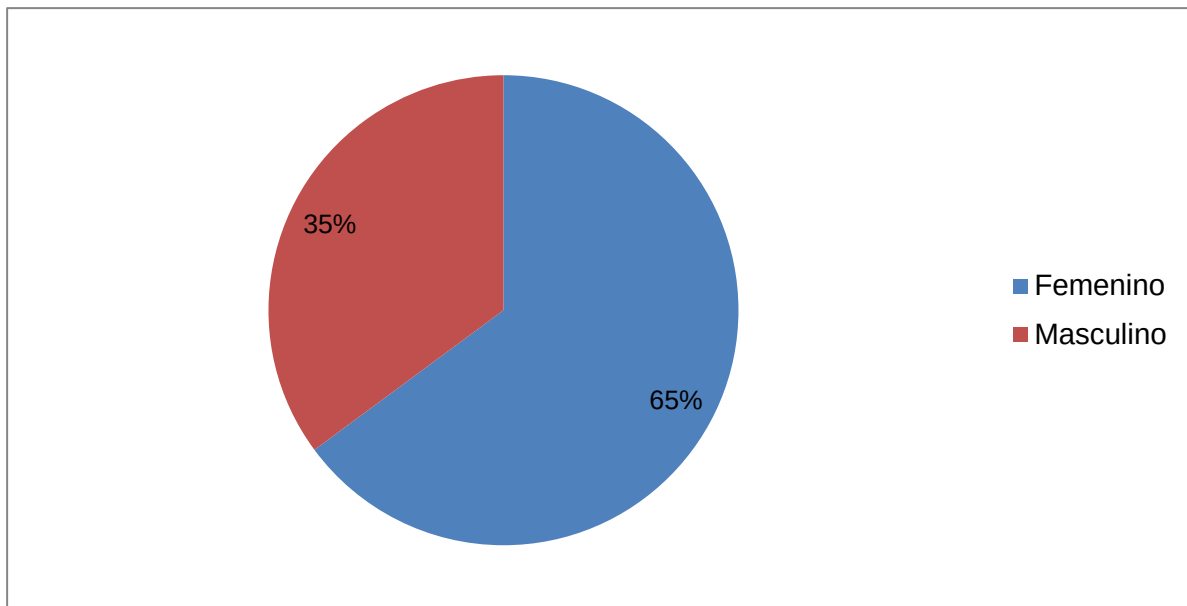
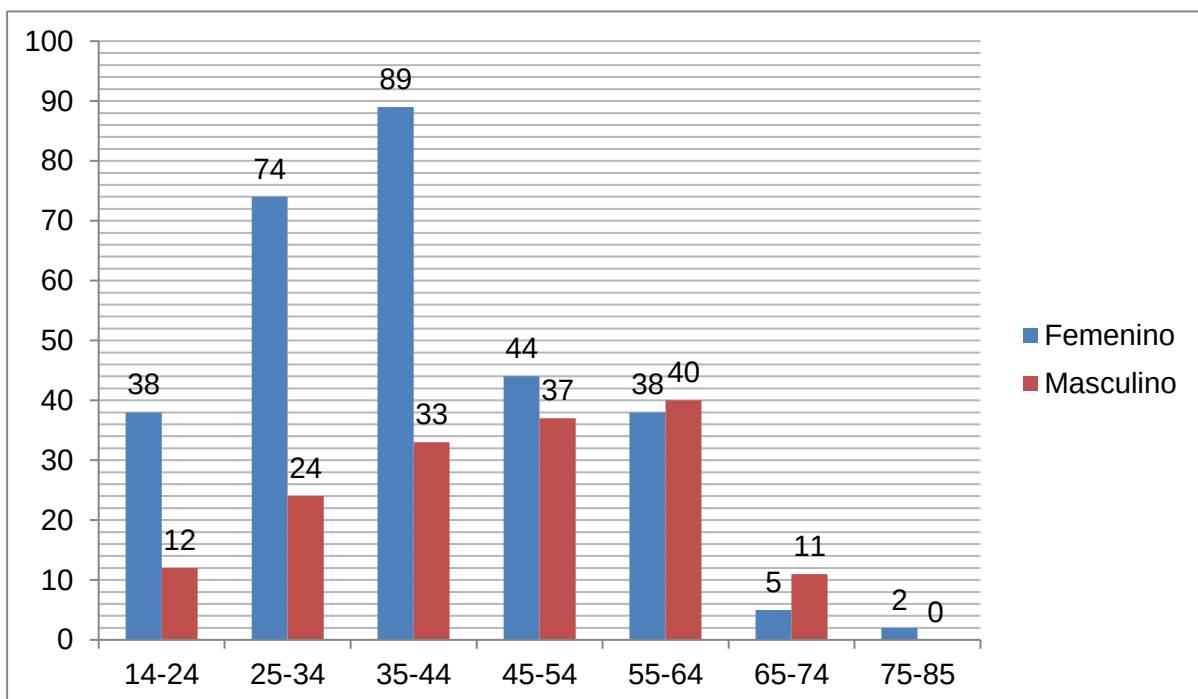


Gráfico N°2: Asociación según edad y sexo de las intervenciones quirúrgicas (n=447).

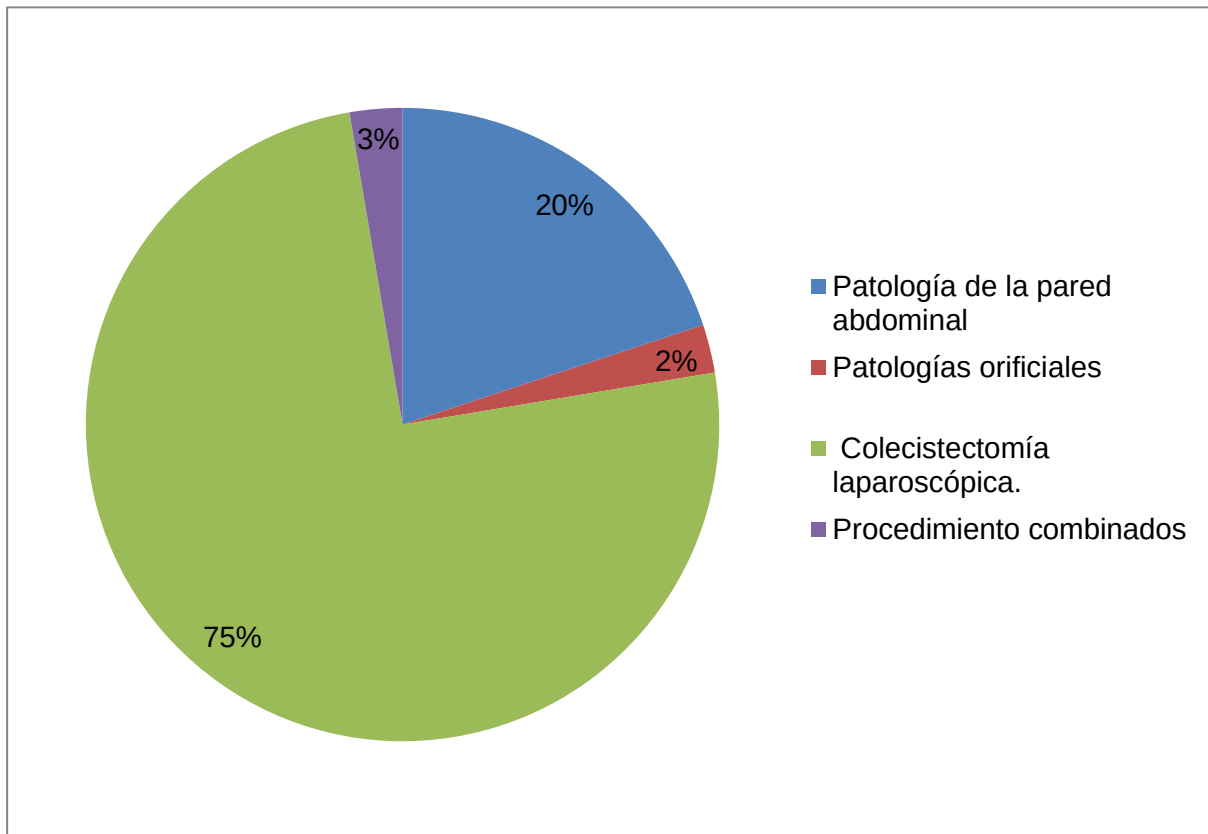


Según los procedimientos quirúrgicos realizados se los agrupó en:

- Patología de la pared abdominal: hernia y eventraciones 90 (20%).
- Patologías orificiales: fisura y hemorroides 9 (2%).
- Colectectomía laparoscópica 335 (75%).

- Procedimientos combinados 13 (3%). Se incluyeron dentro de los procedimientos combinados a aquellos en los que se realizaron dos procedimientos de CMA en el mismo acto quirúrgico, por ejemplo: colecistectomía laparoscópica más hernioplastia umbilical.

Gráfico N°3: Procedimientos quirúrgicos según las intervenciones realizadas en CMA (n=447).



Los Indicadores de Calidad dependen de las características estructurales y organizativas del servicio de cirugía. Se consideraron los siguientes:

Tabla N°1: Indicadores de Calidad en el Servicio de Cirugía General en el Año 2015.

Indicadores de Calidad	Año 2015
Tasa de Cancelación	6.3
Tasa de Suspensión	5.63
Tasa de Reintervención	0
Tasa de Ingreso	2.4
Tasa de Reingreso	0.44
Índice de Ambulatorización	59
Índice de Sustitución	74

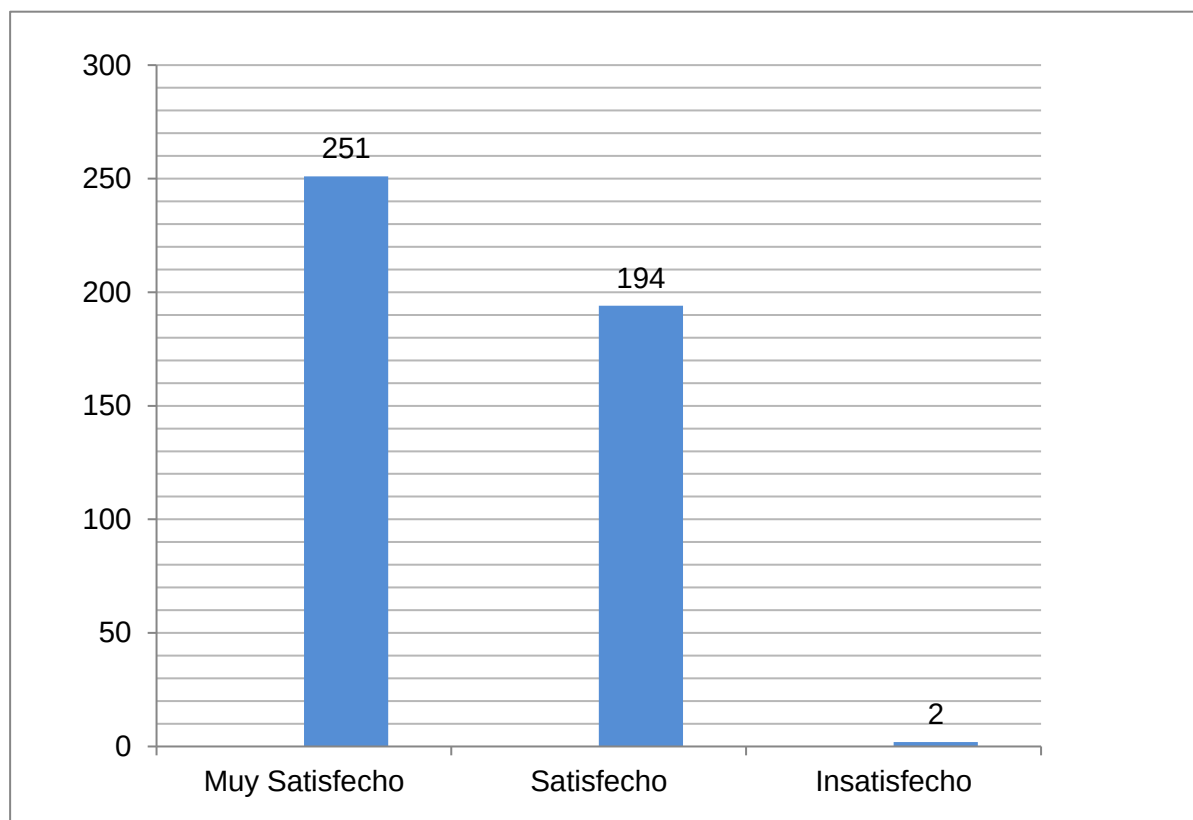
Tabla N°2: Atribución de cancelación en el Servicio de Cirugía General en el Año 2015.

Atribución de cancelación	Motivo de Cancelación	Año 2015	
		Frec. Abs.:38	%
Hospital	Falta de exámenes de laboratorio:	4	10,52
	Falta de material		
Paciente	No se presentó el paciente a Consulta de Cirugía	34	89,5
	El paciente no se presento		
	Se operó el paciente de Urgencia		
	El paciente no aceptó procedimiento		
	Alteraciones de laboratorio (anemia, tiempos prolongados, trombocitosis y hipokalemia)		
Médico	Cancelada por el cirujano	0	0

Tabla N°3: Motivo de Suspensión en el Servicio de Cirugía General en el Año 2015.

Motivo de suspensión	Año 2015	
	Frec. Abs.:34	%
Comorbilidades	7	21
Enfermedades agudas intercurrentes	9	26
Por problemas administrativos / organizativos	17	50
Otros	1	3

Gráfico N° 4: Grado de satisfacción del paciente al séptimo día posoperatorio (n=447).



Año 2016

Se realizó un total de 761 intervenciones quirúrgicas en el servicio de cirugía general, fueron programadas para CMA 627 (82.4%) pacientes, se realizaron 461 (60.5%) procedimientos quirúrgicos de CMA.

De los 461 paciente intervenidos en CMA, según el sexo 306 (66%) femenino y 155 (34%) masculino.

Gráfico N° 1: Intervenciones quirúrgicas según el sexo (n=461).

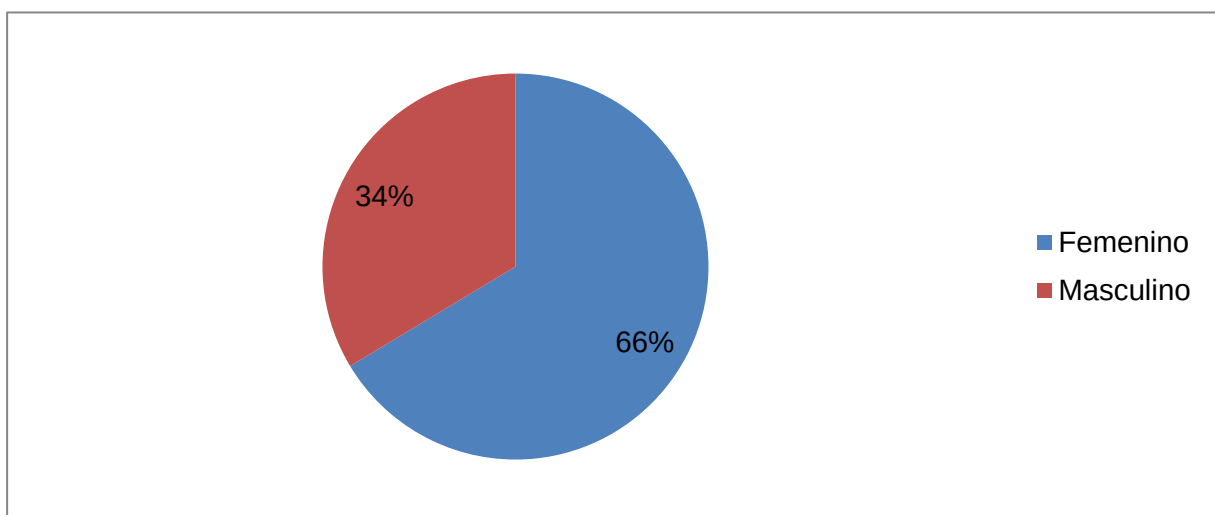
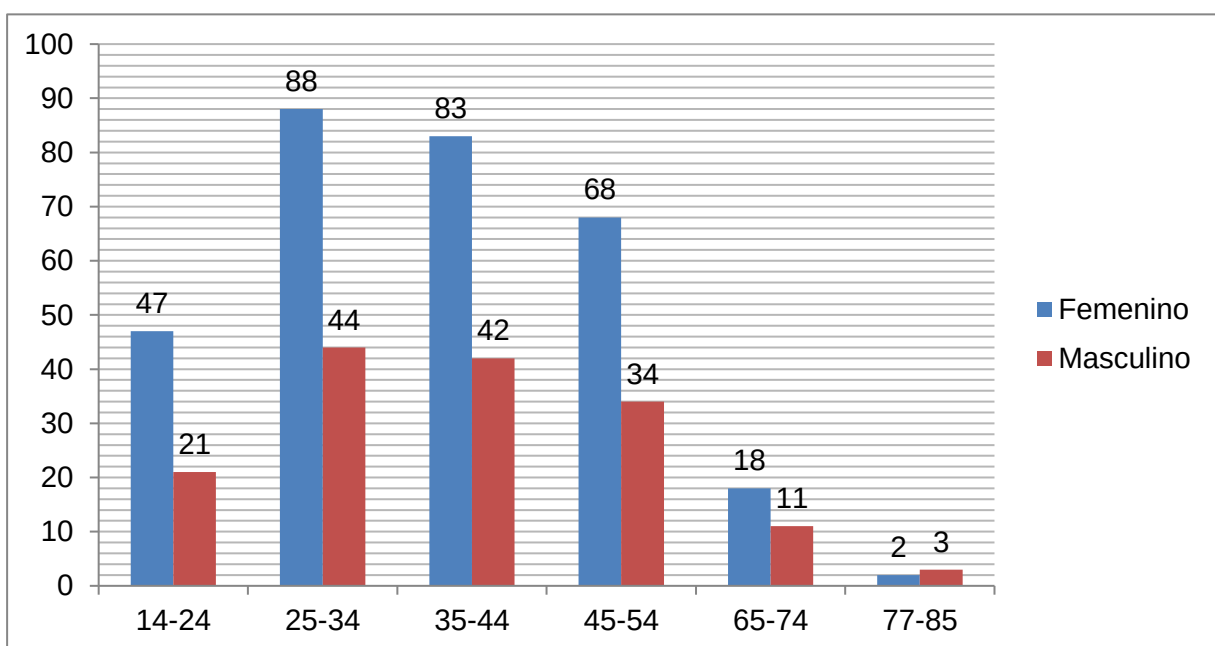


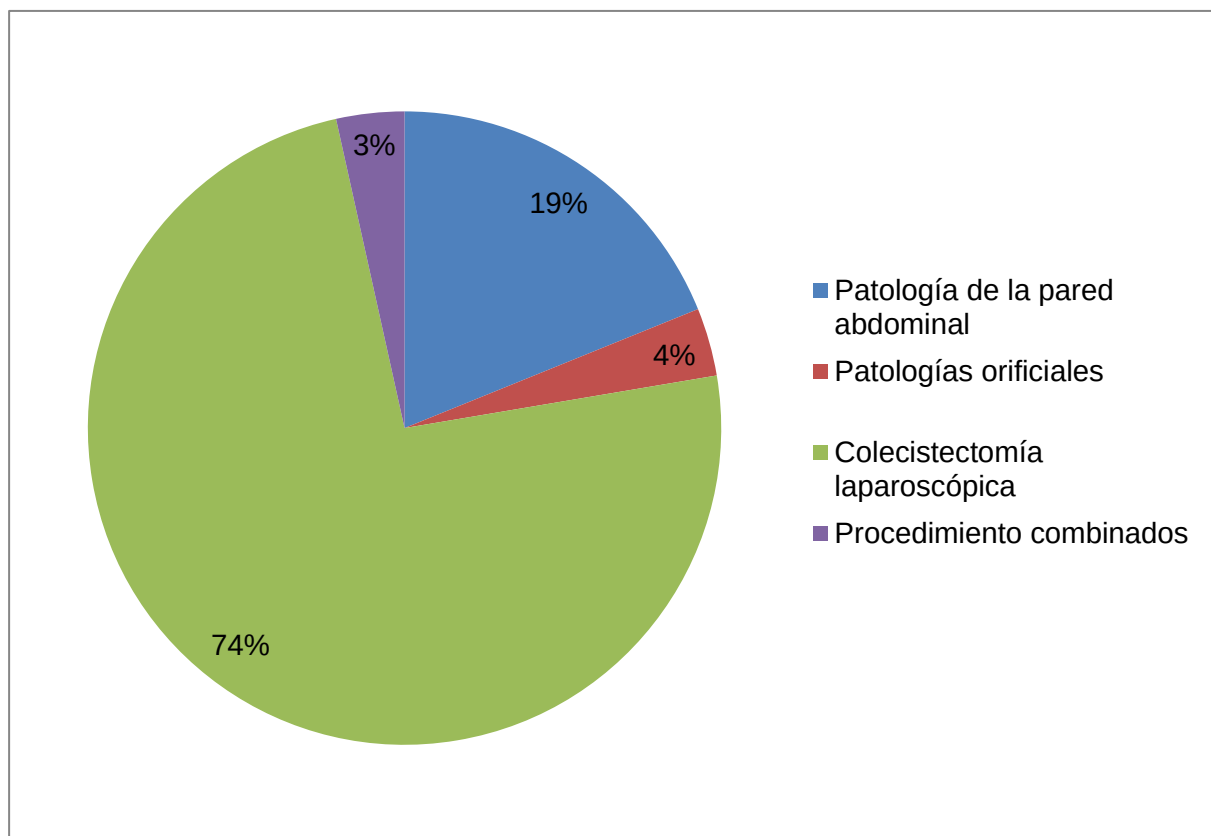
Gráfico N°2: Asociación según edad y sexo de las intervenciones quirúrgicas (n= 461)



Según los procedimientos quirúrgicos realizados se los agrupo en:

- Patología de la pared abdominal: hernia y eventraciones 87(19%).
- Patologías orificiales: fisura y hemorroides 19 (4%).
- Colectomía laparoscópica 341(74%).
- Procedimientos combinados 14 (3%). Se incluyeron dentro de los procedimientos combinados a aquellos en los que se realizaron dos procedimientos de CMA en el mismo acto quirúrgico, por ejemplo: colectomía laparoscópica más hernioplastia umbilical.

Gráfico N°3: Procedimientos quirúrgicos según las intervenciones realizadas en CMA (n=461).



Los Indicadores de Calidad dependen de las características estructurales y organizativas del servicio de cirugía. se consideraron los siguientes:

Tabla N°1: Indicadores de Calidad en el Servicio de Cirugía General en el Año 2016.

Indicadores de Calidad	Año 2016
Tasa de Cancelación	4.9
Tasa de Suspensión	4.46
Tasa de Reintervención	0.21
Tasa de Ingreso	2.4
Tasa de Reingreso	0.65
Índice de Ambulatorización	60
Índice de Sustitución	73

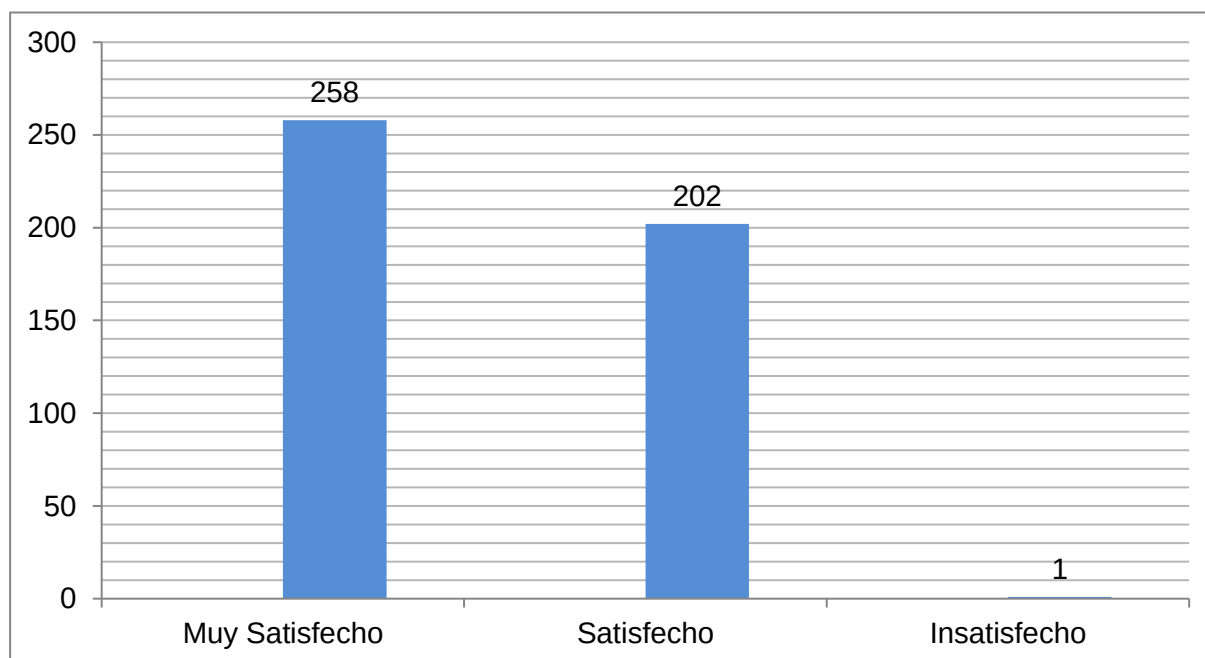
Tabla N°2: Atribución de cancelación en el Servicio de Cirugía General en el Año 2016.

Atribución de cancelación	Motivo de Cancelación	Año 2016	
		Frec. Abs.:31	%
Hospital	Falta de exámenes de laboratorio:	3	9,7
	Falta de material		
Paciente	No se presentó el paciente a Consulta de Cirugía	28	90,3
	El paciente no se presento		
	Se operó el paciente de Urgencia		
	El paciente no aceptó procedimiento		
	Alteraciones de laboratorio (anemia, tiempos prolongados, trombocitosis y hipokalemia)		
Médico	Cancelada por el cirujano	0	0

Tabla N°3: Motivo de Suspensión en el Servicio de Cirugía General en el Año 2016.

Motivo de suspensión	Año 2016	
	Frec. Abs.:28	%
Comorbilidades	6	21
Enfermedades agudas intercurrentes	7	25
Por problemas administrativos / organizativos	15	54
Otros	0	0

Gráfico N° 4: Grado de satisfacción del paciente al séptimo día posoperatorio (n=461).



Año 2017

Se realizó un total de 864 intervenciones quirúrgicas en el servicio de cirugía general, fueron programadas para CMA 727 (84.2%) pacientes, se realizaron 538 (62%) procedimientos quirúrgicos de CMA.

De los 538 paciente intervenidos en CMA, según el sexo un 336 (62.4%) femenino y un 202 (37.6%) masculino.

Gráfico N° 1: Intervenciones quirúrgicas según el sexo (n=538).

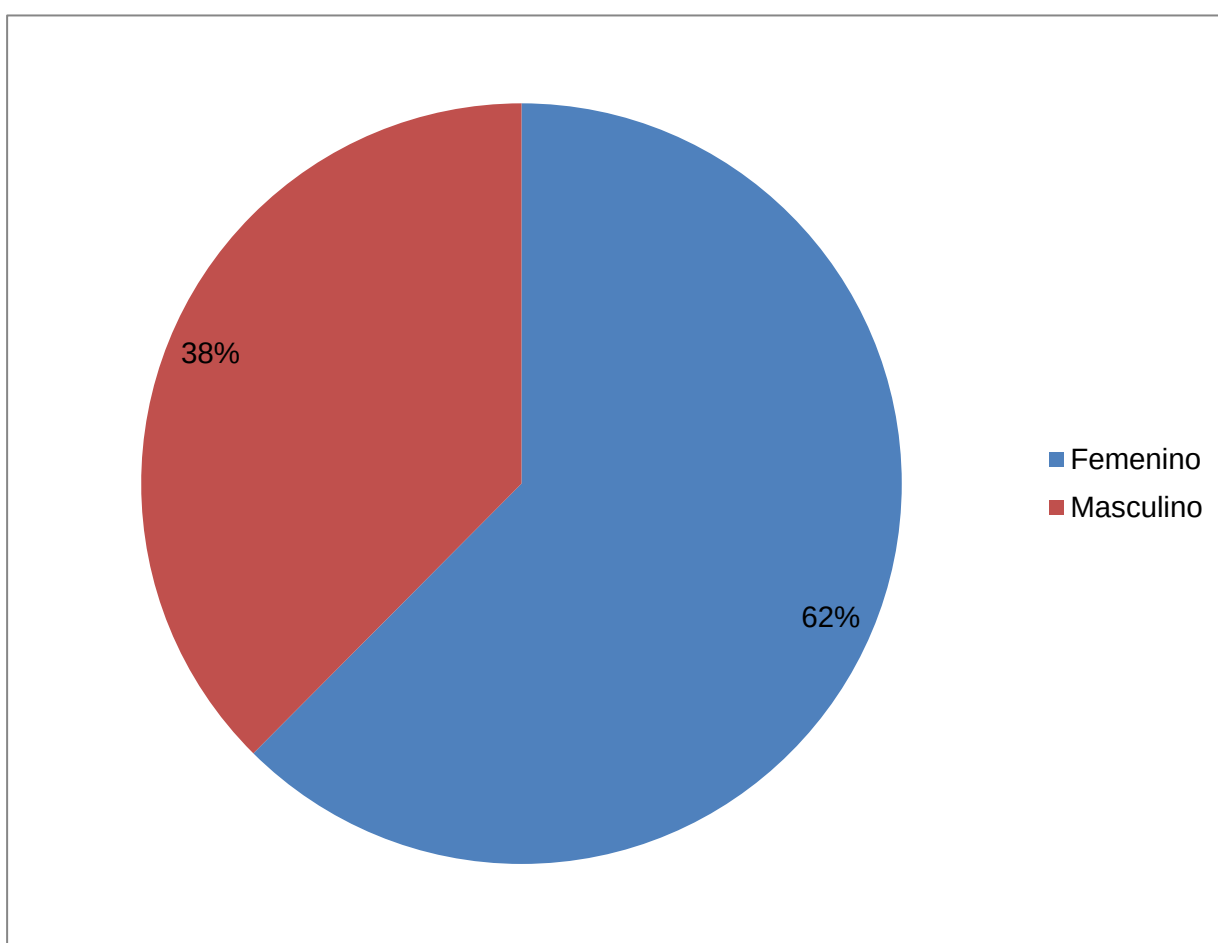
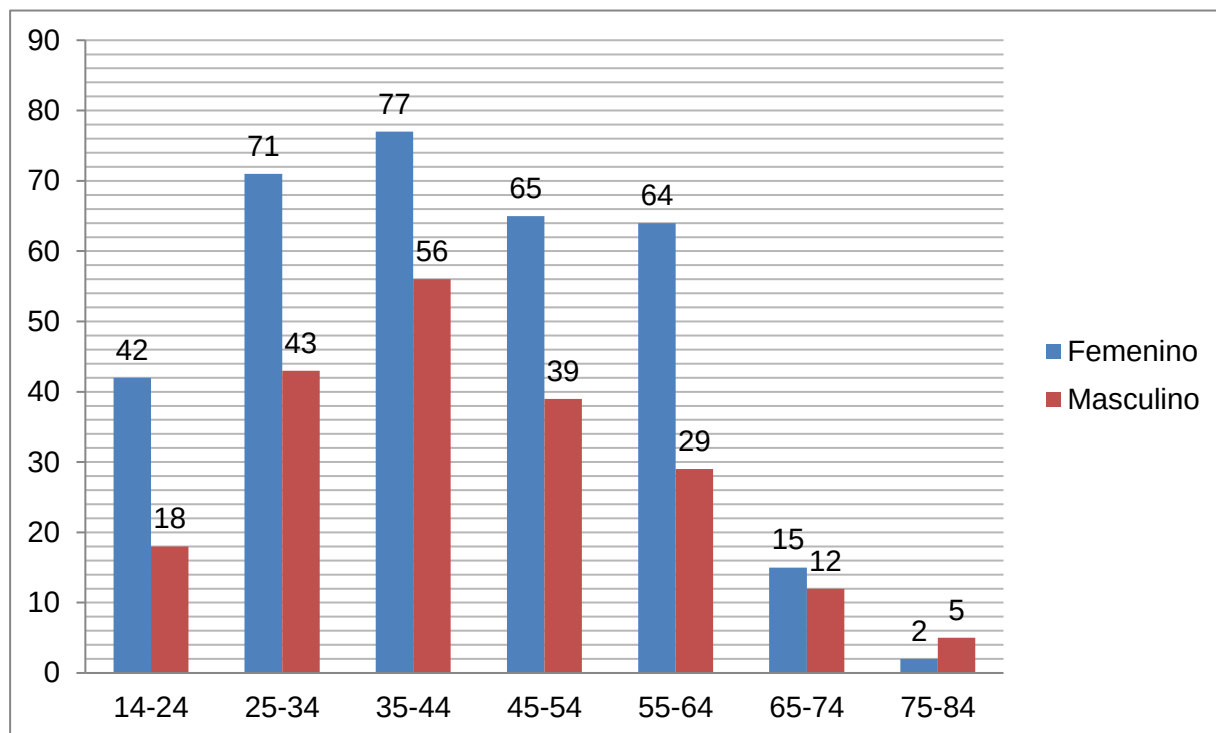


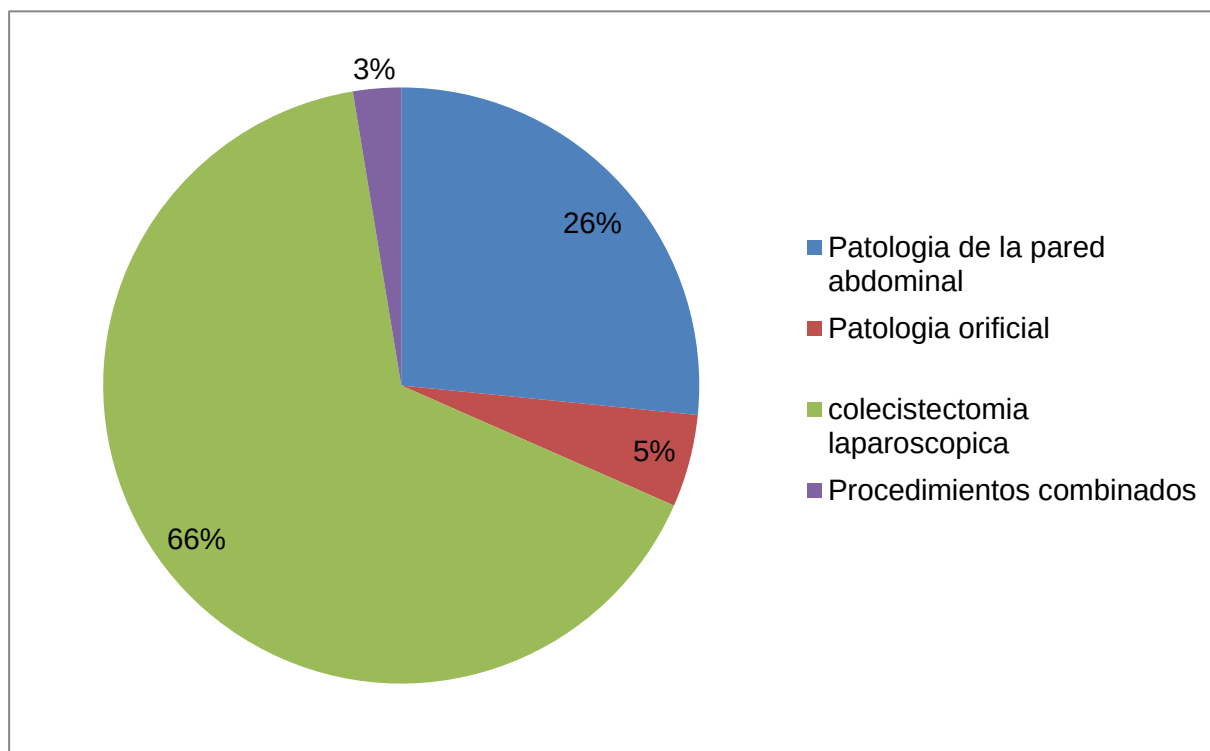
Gráfico N°2: Asociación según edad y sexo de las intervenciones quirúrgicas (n=538).



Según los procedimientos quirúrgicos realizados se los agrupo en:

- Patología de la pared abdominal: hernia y eventraciones 140 (26%)
- Patologías orificiales: fisura y hemorroides 27 (5%).
- Colecistectomía laparoscópica 355 (66%).
- Procedimientos combinados 16 (3%). Se incluyeron dentro de los procedimientos combinados a aquellos en los que se realizaron dos procedimientos de CMA en el mismo acto quirúrgico, por ejemplo: colecistectomía laparoscópica más hernioplastia umbilical

Gráfico N°3: Procedimientos quirúrgicos según las intervenciones realizadas en CMA (n=538).



Los Indicadores de Calidad dependen de las características estructurales y organizativas del servicio de cirugía, se consideraron los siguientes:

Tabla N°1: Indicadores de Calidad en el Servicio de Cirugía General en el Año 2017.

Indicadores de Calidad	Año 2017
Tasa de Cancelación	3.8
Tasa de Suspensión	4.7
Tasa de Reintervención	0.37
Tasa de Ingreso	1.8
Tasa de Reingreso	0.55
Índice de Ambulatorización	63
Índice de Sustitución	74

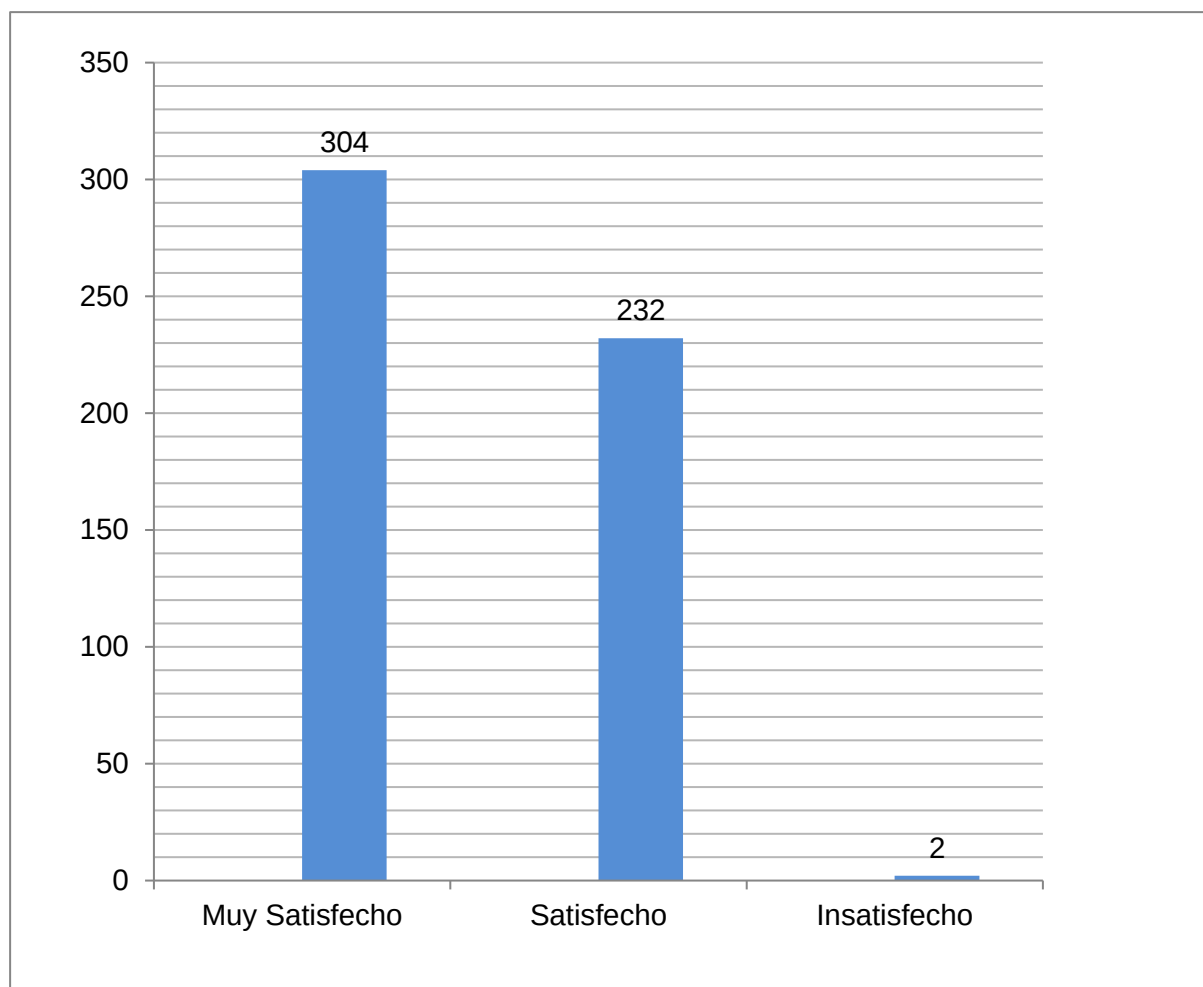
Tabla N°2: Atribución de cancelación en el Servicio de Cirugía General en el Año 2017.

Atribución de cancelación	Motivo de Cancelación	Año 2017	
		Frec. Abs.:28	%
Hospital	Falta de exámenes de laboratorio	2	7,14
	Falta de material		
Paciente	No se presentó el paciente a Consulta de Cirugía	26	92,8
	El paciente no se presento		
	Se operó el paciente de Urgencia		
	El paciente no aceptó procedimiento		
	Alteraciones de laboratorio (anemia, tiempos prolongados, trombocitosis y hipokalemia)		
Médico	Cancelada por el cirujano	0	0

Tabla N°3: Motivo de Suspensión en el Servicio de Cirugía General en el Año 2017.

Motivo de suspensión	Año 2017	
	Frec. Abs.:31	%
Comorbilidades	6	19
Enfermedades agudas intercurrentes	7	23
Por problemas administrativos / organizativos	18	58
Otros	0	0

Gráfico N° 4: Grado de satisfacción del paciente al séptimo día posoperatorio (n=538).



Año 2018

Se realizó un total de 886 intervenciones quirúrgicas en el servicio de cirugía general, fueron programadas para CMA 754 (85.2%) pacientes, se realizaron 556 (63%) procedimientos quirúrgicos de CMA.

De los 556 paciente intervenidos en CMA, según el sexo 329 (59%) femenino y 227 (41%) masculino.

Gráfico N°1: Intervenciones quirúrgicas según el sexo (n=556).

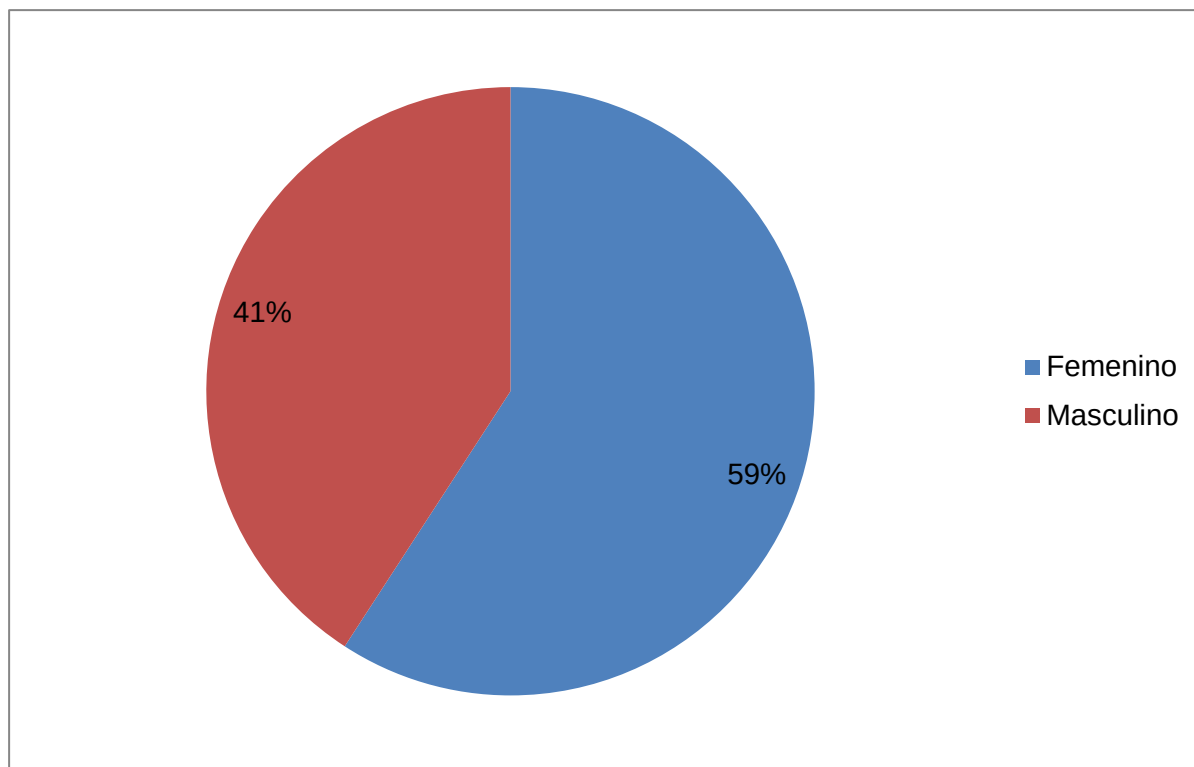
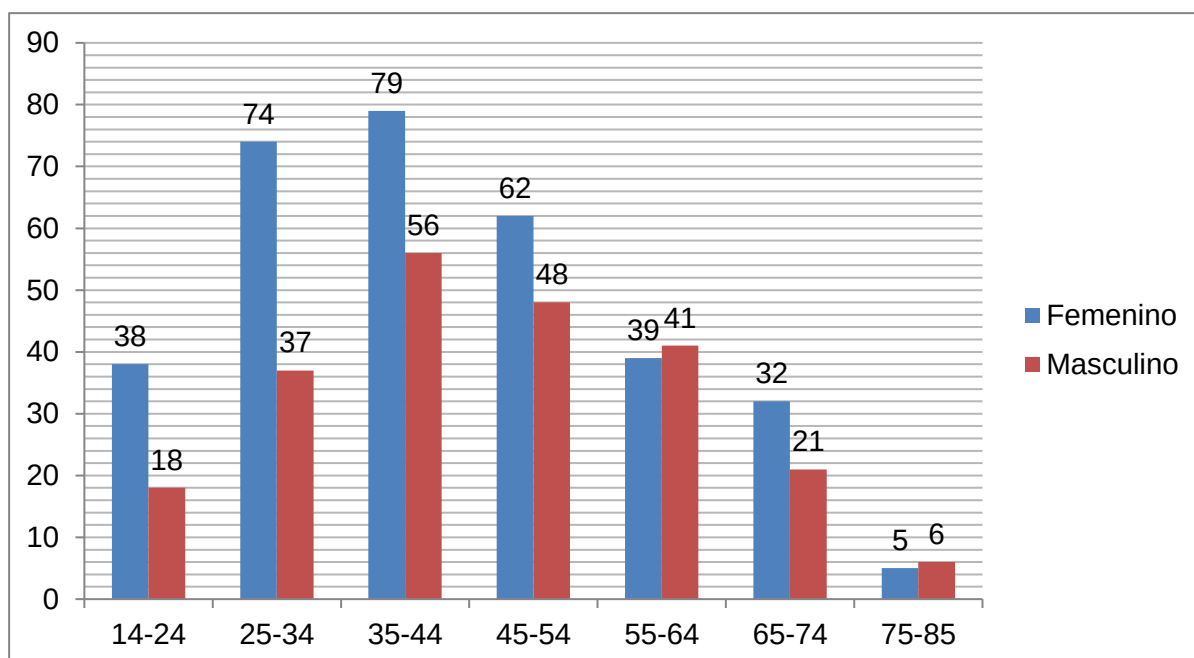


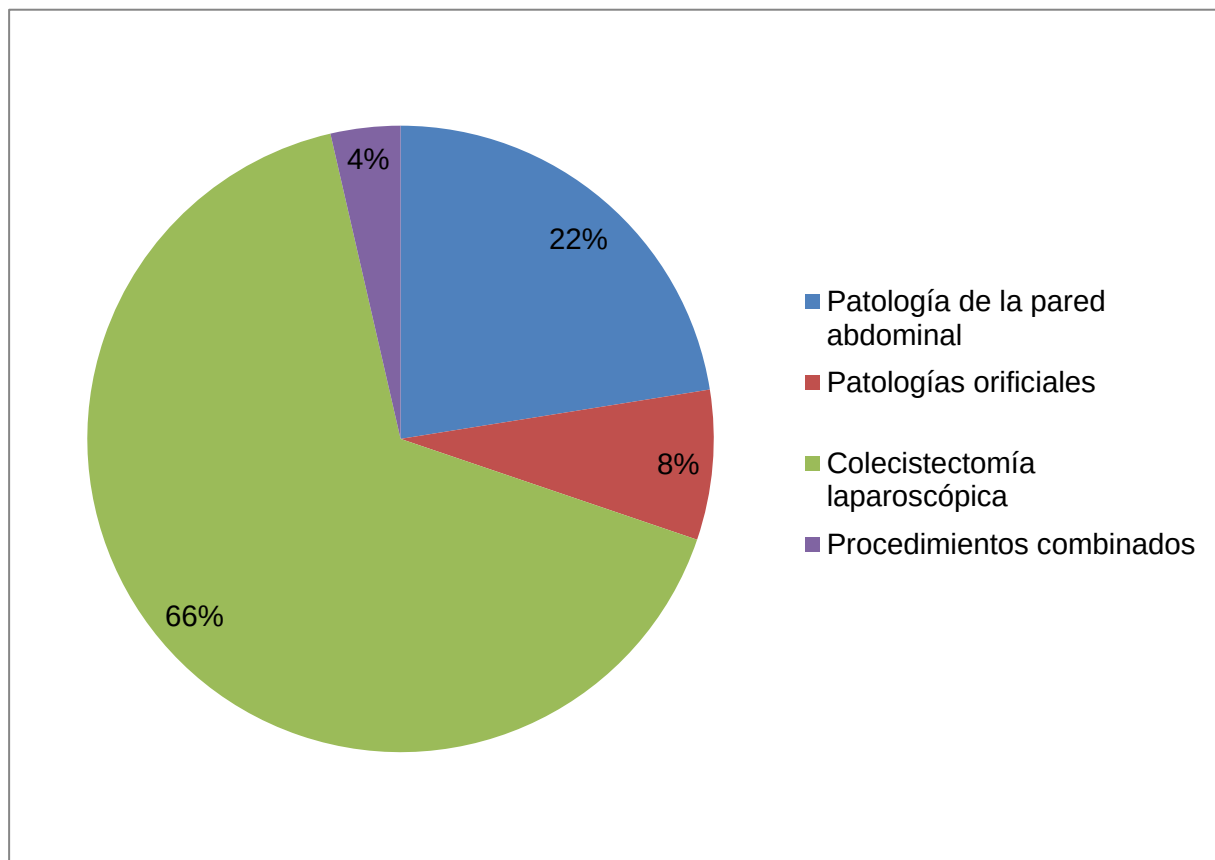
Gráfico N°2: Asociación según edad y sexo de las intervenciones quirúrgicas (n=556).



Según los procedimientos quirúrgicos realizados se los agrupo en:

- Patología de la pared abdominal: hernias y eventraciones 122 (22%).
- Patologías orificiales: fisura y hemorroides 45 (8%).
- Colectomía laparoscópica 367 (66%).
- Procedimientos combinados 22(4%). Se incluyeron dentro de los procedimientos combinados a aquellos en los que se realizaron dos procedimientos de CMA en el mismo acto quirúrgico, por ejemplo: colectomía laparoscópica más hernioplastia umbilical.

Gráfico N°3: Procedimientos quirúrgicos según las intervenciones realizadas en CMA (n=556).



Los Indicadores de Calidad dependen de las características estructurales y organizativas del servicio de cirugía, se consideraron los siguientes:

Tabla N°1: Indicadores de Calidad en el Servicio de Cirugía General en el Año 2018.

Indicadores de Calidad	Año 2018
Tasa de Cancelación	3.31
Tasa de Suspensión	3.6
Tasa de Reintervención	0.35
Tasa de Ingreso	1.6
Tasa de Reingreso	1.07
Índice de Ambulatorización	63
Índice de Sustitución	73

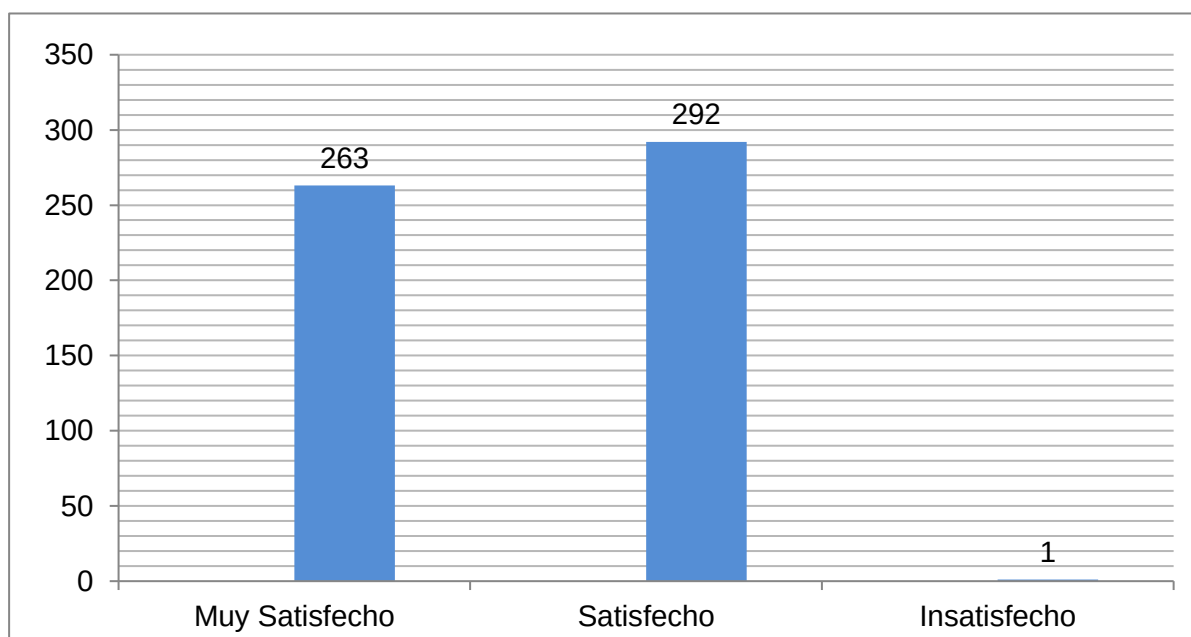
Tabla N°2: Atribución de cancelación en el Servicio de Cirugía General en el Año 2018.

Atribución de cancelación	Motivo de cancelación	Año 2018	
		Frec. Abs.:25	%
Hospital	Falta de exámenes de laboratorio:	1	4
	Falta de material		
Paciente	No se presentó el paciente a Consulta de Cirugía	24	96
	El paciente no se presento		
	Se operó el paciente de Urgencia		
	El paciente no aceptó procedimiento		
	Alteraciones de laboratorio (anemia, tiempos prolongados, trombocitosis y hipokalemia)		
Médico	Cancelada por el cirujano	0	0

Tabla N°3: Motivo de Suspensión en el Servicio de Cirugía General en el Año 2018.

Motivo de suspensión	Año 2018	
	Frec. Abs.:27	%
Comorbilidades	6	22
Enfermedades agudas intercurrentes	8	30
Por problemas administrativos / organizativos	13	48
Otros	0	0

Gráfico N° 4: Grado de satisfacción del paciente al séptimo día posoperatorio (n=556).



Resultados Globales del Lustró

En el periodo enero 2014/ diciembre 2018 el número total de procedimientos quirúrgicos del Servicio de Cirugía fue de 3827, siendo 2327 (61%) procedimientos quirúrgicos bajo la modalidad de CMA, con un mínimo de 325 (año 2014), máximo de 556 (año 2018), con un promedio de 465,4 cirugías por año.

De los 2327 pacientes, 1512 pertenecían al sexo femenino (65%). El rango de edad prevalente se dio entre los 45 y 54 años.

Se intentó la modalidad CMA en 3156 pacientes, pero se pudo completar el procedimiento íntegramente de manera ambulatoria en el 74% de los casos (2327). En el 26% restante (829) no se pudo realizar debido a las cancelaciones por ausencia del paciente o suspensiones por temas médicos, administrativos o de infraestructura entre otras causas.

Gráfico N°1: Intervenciones quirúrgicas según el sexo (n=2327).

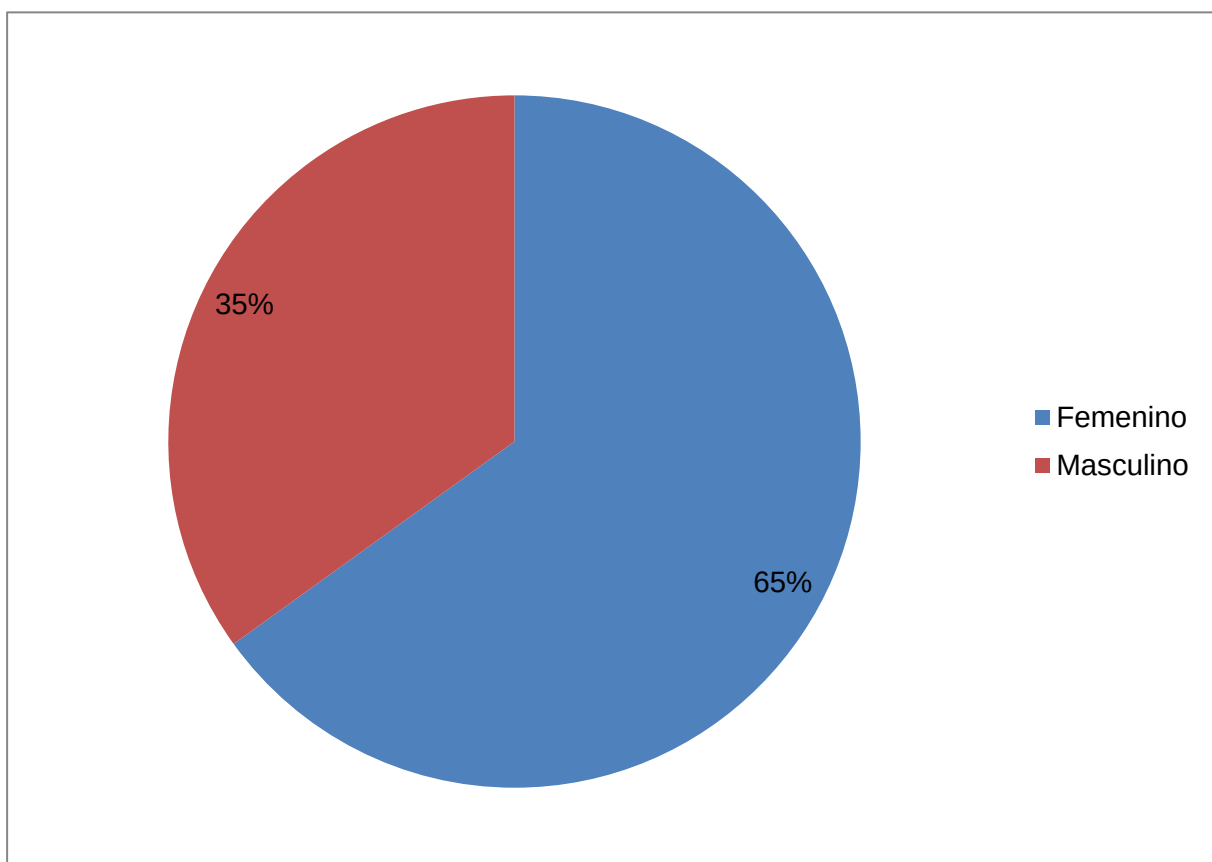
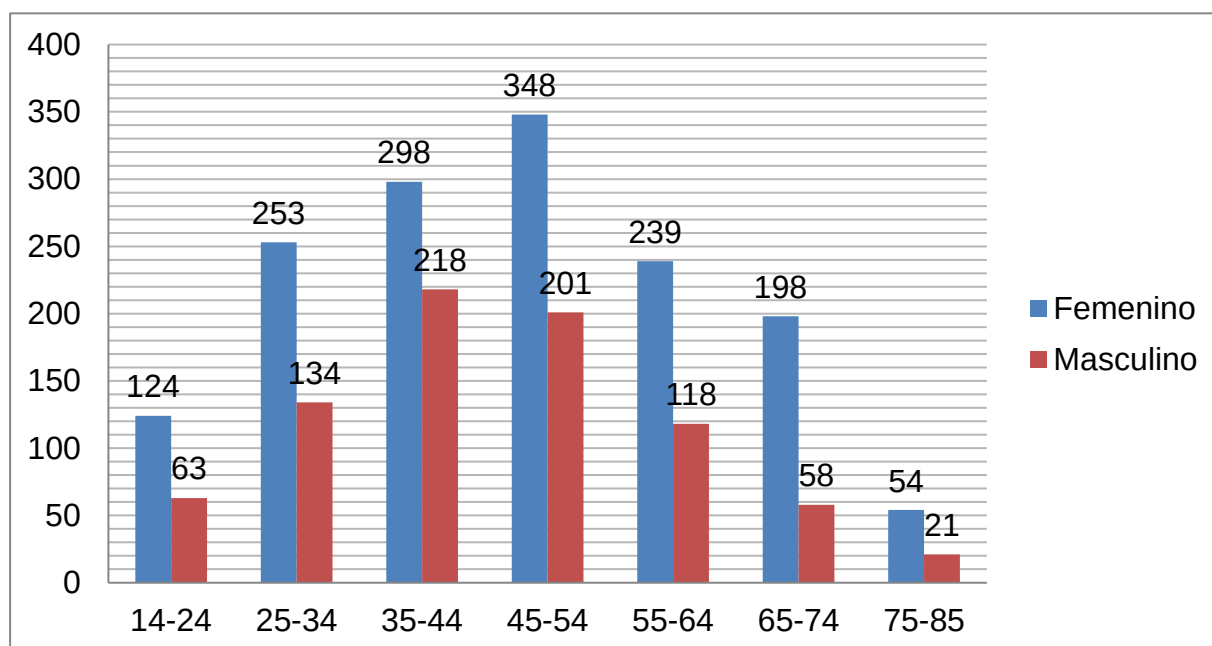


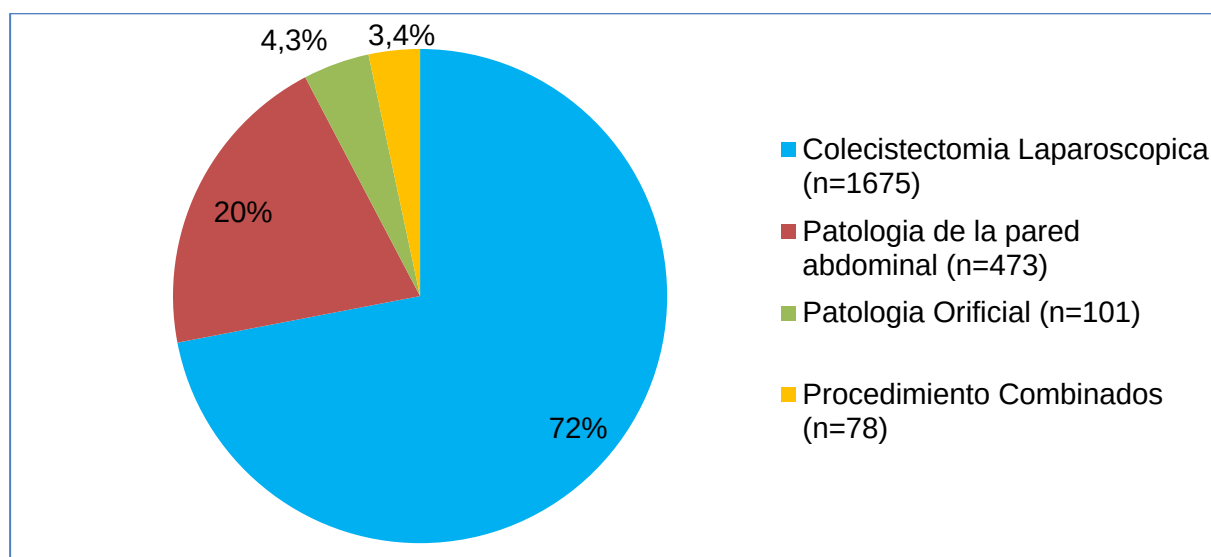
Gráfico N°2: Asociación según edad y sexo de las intervenciones quirúrgicas (n=2327).



Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron agrupados de la siguiente manera:

- a. colecistectomía laparoscópica 1675 (72%).
- b. patología de la pared abdominal 473 (20%).
- c. patologías orificiales 101 (4.3%).
- d. procedimientos combinados 78 (3.3%). Se incluye dentro de los procedimientos combinados a aquellos en los que se realizaron dos procedimientos de CMA en el mismo acto quirúrgico, por ejemplo: colecistectomía laparoscópica más hernioplastia umbilical

Gráfico N°3: Procedimientos quirúrgicos según las intervenciones realizadas en CMA (n=2327).



Los Indicadores de Calidad dependen de las características estructurales y organizativas del servicio de cirugía, se consideraron los siguientes:

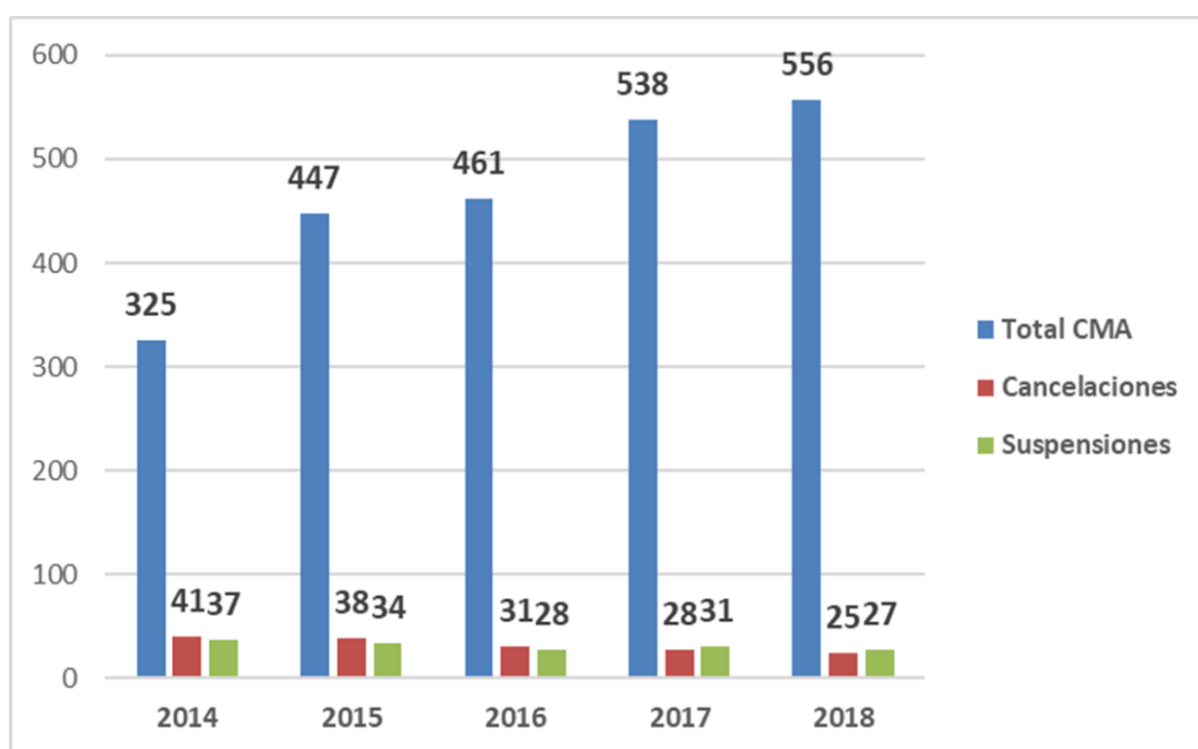
Tabla N°1: Indicadores de Calidad en el Servicio de Cirugía General en el periodo 2014 al 2018.

Indicadores de Calidad	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	p-value Chi-cuadrado
Tasa de Cancelación	9,21	6.3	4.9	3.8	3.31	0,0013
Tasa de Suspensión	8.31	5.63	4.46	4.7	3.6	0,0037
Tasa de Reintervención	0	0	0.21	0.37	0.35	0,99
Tasa de Ingreso	2.7	2.4	2.4	1.8	1.6	0,99
Tasa de Reingreso	1.2	0.44	0.65	0.55	1.07	0,98
Índice de Ambulatorización	57	59	60	63	63	0,43
Índice de Sustitución	73	74	73	74	73	0,99

De los indicadores de calidad estudiados se desprende que la tasa de cancelación ($p=0.0013$) y suspensión ($p=0.0037$), se observó una disminución estadísticamente significativa entre el año 2014 y 2018.

El número de cancelación se presentó en 163 (7%) a causa del paciente. El motivo de Suspensión en el Servicio de Cirugía General que se produjo con mayor frecuencia por problemas administrativos/organizativos, en un 157 (6.7%), descripta en el gráfico N°4.

Gráfico N°4: Número total de cirugías en CMA, de suspensiones y cancelaciones en el Servicio de Cirugía General en el periodo 2014-2018 ($n=2327$).



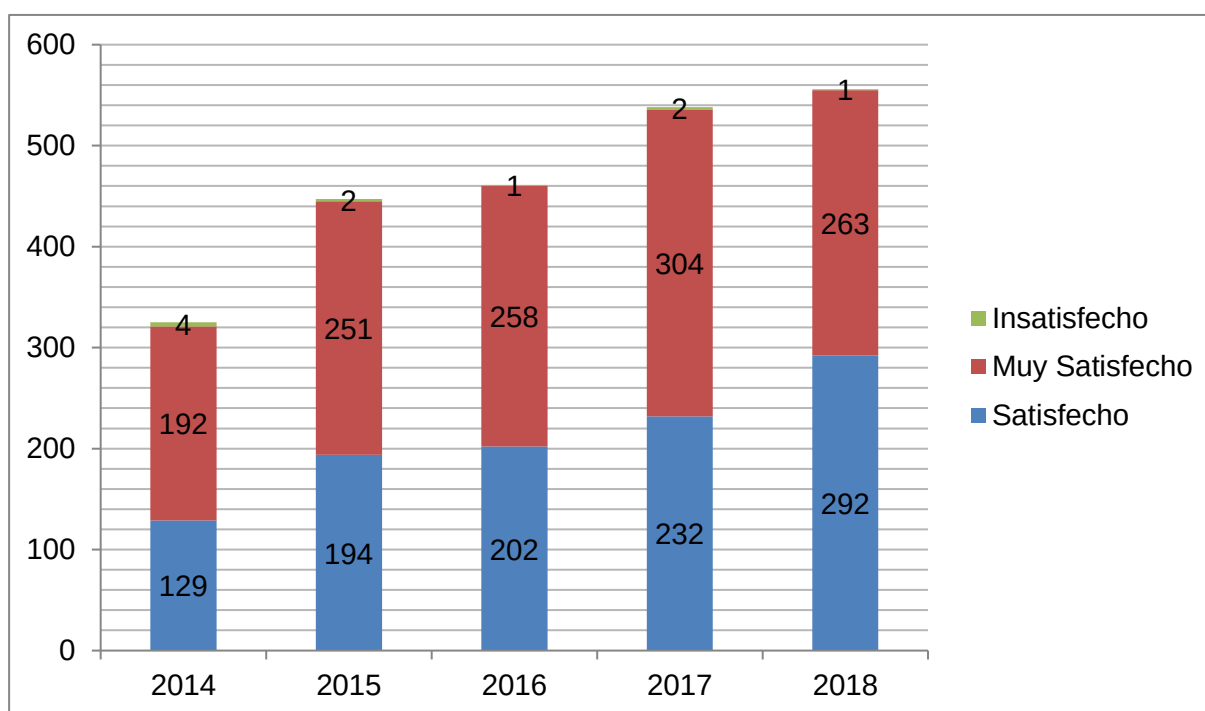
El tipo de complicaciones se clasificaron en menores y mayores, donde se consideran a las que se presentaron tanto en URPA como en posoperatorio inmediato. Sobre el total de 2327 pacientes, 52 presentaron complicaciones, 13 mayores y 39 menores que se describe en el Tabla N°2.

Tabla N°2: Complicaciones presentadas en el periodo 2014-2018 en el Servicio de Cirugía General (n=2327).

		n	%
Complicaciones Menores	Onfalitis	5	0,21%
	Seroma	22	0,95%
	Infección del sitio quirúrgico	5	0,21%
	Hemorragia/Hematoma	3	0,13%
	Eventración Umbilical	4	0,17%
Complicaciones Mayores	Hemoperitoneo	2	0,09%
	Coleperitoneo	2	0,09%
	Bilioma	1	0,04%
	Litiasis residual	6	0,26%
	Hernia recidivada	2	0,09%
Total		52	2,30%

El Grado de satisfacción del paciente medido en el séptimo día de la intervención es de un 1268 (54.5%) muy satisfactorio, seguido en un 1049 (45%) como satisfactorio, se describen en el Grafico N°4.

Gráfico N°4: Grado de Satisfacción del paciente en el séptimo día de la intervención en el periodo Enero 2014-Diciembre 2018 (n=2327).



5. Discusión

La unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria integrada al Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hptal. de Clínicas Pdte. Dr. N. Avellaneda de San Miguel de Tucumán, inició su actividad de manera rudimentaria en septiembre de 2010 y luego de un período inicial caracterizado por dificultades de toda índole, fue establecida formalmente en septiembre de 2013. Por tal motivo es que presentamos nuestra experiencia a partir de enero del 2014. Consideramos importante poder demostrar el impacto que produjo la CMA en el Hptal., así como el cambio producido en la organización y gestión del sistema sanitario.

Nuestro Servicio de Cirugía se caracteriza por estar estructuralmente desarrollado para este tipo de modalidad que ha ido progresando desde su implementación, llegando a un buen aprovechamiento de sus recursos, agilizando las listas de espera quirúrgicas, disminuyendo los costos, sin disminuir, por supuesto, la calidad de la atención y la seguridad del paciente, siendo totalmente aceptado por este.

Esta modalidad científica, prototipo de calidad y eficiencia asistencial consigue unos resultados indiscutiblemente, semejantes o incluso mejores que la cirugía habitual. Por tanto, parece ambicioso no solo optimizar sino maximizar la actividad de la CMA.

La implementación de la actividad de CMA en el departamento de Cirugía, creció gradualmente desde sus inicios en nuestro hospital, con la adición de diversos servicios, ya que no solo se limita a las intervenciones quirúrgicas del aparato digestivo, sino que también se desarrolla en cabeza y cuello, vascular y tórax, demostrando su desarrollo pleno en el hospital. El significativo valor numérico de los procesos tratados en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, nos motivó a recoger estos datos y a detallar la actividad en esta área de la Cirugía Mayor Ambulatoria. El análisis de estos datos manifiesta no solo la actividad realizada sino también la capacidad de oferta y de recursos.

En este periodo de tiempo estudiado se realizaron un total 2327 intervenciones quirúrgicas bajo la modalidad de CMA, donde la supremacía del sexo femenino se da

en 1514 (65%), este difiere con otros estudios de CMA publicados donde predomina el sexo masculino ⁽⁷⁶⁾, estos estudios europeos tienen en común que predomina la patología de pared, como las hernias. En nuestro estudio la patología que predomina es la colecistectomía laparoscópica en un 1703 (73.3%) del total, siendo más frecuente en mujeres en nuestro medio ⁽⁷⁷⁻⁷⁹⁾.

Es importante destacar que la Cirugía Mayor Ambulatoria reconoce distintos tipos de modalidades de trabajo:

a. Unidad integrada: aquella donde los pacientes ambulatorios y hospitalizados comparten la misma área quirúrgica

b. Unidad separada: los pacientes ambulatorios y aquellos hospitalizados utilizan diferentes áreas quirúrgicas, pero dentro del mismo hospital.

c. Unidad satélite: aquella que depende administrativamente del hospital, pero no arquitectónicamente, encontrándose a distancia de la sede central hospitalaria.

d. Unidad independiente o free standing: independiente tanto desde el punto de vista arquitectónico como administrativo, representando de manera inmejorable el concepto de "hospital de día".

El éxito inicial demostrado en la unidad de cirugía mayor ambulatoria integrada como la del Hospital de Clínicas Pdte. N. Avellaneda motivó que el gobierno provincial estableciera el Hospital de Día Pdte. Dr. N. Kirchner, una unidad independiente de cirugía mayor ambulatoria, que comienza su actividad en el año 2015.

En España el porcentaje de cirugía ambulatoria fue del 30.14% en 2014⁽⁸⁰⁾, mientras que, en EEUU en 2016, se realizaron aproximadamente 35 millones de procedimientos ambulatorios, tanto en unidades integradas como independientes ⁽⁸¹⁾.

Independientemente del tipo de unidad, se debe realizar una evaluación continua de los indicadores de calidad, necesarios para controlar y valorar las diferentes actividades, para ello es necesario que sean medidos en forma periódica y registrados de forma sistemática. En esta tesis hemos utilizado hasta ocho indicadores distintos, que determinan la actividad y evaluación del servicio. Del análisis de ello se desprende una disminución de la tasa de cancelación de 9.21% en 2014 a 3.31% en el último año que explica el mejoramiento continuo de nuestros procesos. Inicialmente la causa se debió a la falta de presencia del paciente en el día de la cirugía, atribuida

a fallas en la información. Por tal motivo, en la actualidad los pacientes concurren con una anticipación de 72 horas para la verificación de su status. Es importante poder definir las causas por las cuales el paciente decide postergar su intervención, ya que estas repercuten negativamente en el servicio ⁽⁸²⁾. Martínez Guillén en su publicación demuestra que esta atribución al paciente podría ser evitable, debido a que la principal causa en sus artículos son las enfermedades intercurrentes y la decisión de rechazar la intervención ⁽⁸³⁾.

A lo largo del lapso estudiado se obtuvo una disminución estadísticamente significativa en la tasa de suspensión, pasando del 8.13% del 2014 al 3.6% en el 2018. En este logro colaboraron los siguientes factores: refinamiento en el mecanismo de selección, solución de conflictos gremiales (2014 y 2015) así como el mejoramiento de la infraestructura (ascensores). El Australian Day Surgery Council, determinó que es uno de los principales indicadores a registrar, diferenciando entre incomparecencias del paciente, agravamiento de enfermedades intercurrentes y patologías agudas de aparición imprevista ⁽⁸⁴⁾. Otros estudios demuestran que esta tasa aumenta por la prolongación del tiempo quirúrgico o por la selección del paciente que está en urgencia ⁽⁸⁵⁾.

La tasa de reintervención, evalúa a aquellos pacientes que son intervenidos bajo la modalidad CMA y por algún motivo se detecta una complicación durante la permanencia en la unidad de recuperación posanestésica o en la zona de adaptación al medio y deben ser reintervenidos. En el año 2018 del 0.35%, el motivo de este valor fueron dos pacientes complicados y reoperados por un hemoperitoneo postcolecistectomía laparoscópica y otro por una recidiva de hernia inguinal postoperatorio inmediato. Estudios que analizaron esta tasa, la asocian a problemas hemostáticos del paciente ⁽⁸⁶⁾.

La causa más frecuente de ingreso, cuya tasa disminuyó paulatinamente del 2.7 al 1.6%, se debió a náuseas y vómitos, dolor de difícil manejo, retención urinaria, sobre todo en los casos de bloqueos raquideos. La atribución de esta disminución en nuestro servicio se debe a un sistema de alta operatoria como la entrega de folletos con todas las indicaciones y teléfonos a los que el paciente puede acudir en caso de presentarse alguna complicación de su patología. Jiménez et al considera que este indicador se relaciona directamente con la experiencia de la unidad y se detecta

mejoras acorde aumente el flujo de pacientes; en su estudio demuestra que las causas más frecuentes de los ingresos luego de cirugía mayor ambulatoria son los mareos, la inestabilidad hemodinámica y los relacionados con la herida operatoria, y que han disminuido los vómitos y el dolor postoperatorio o las causas sociales, gracias a las instrucciones que recibe el paciente y su entorno, sobre las características de la intervención y el tipo de cuidados que debe seguir ^(87,88).

Respecto a los reingresos, con una tasa de 1.0%, se debió fundamentalmente a dolor postoperatorio. De las publicaciones al respecto, Chiringiallo y col. expresa una incidencia entre 0.3 y 3% del total de intervenciones, donde también en concordancia con nuestro estudio, el dolor posoperatorio es un importante factor de reingreso ⁽⁸⁹⁾. Sobrino investigo el dolor postoperatorio, en aquellos intervenidos bajo la modalidad de CMA y obteniendo valores estadísticamente significativos mayores en el sexo femenino, en menores de 65 años de edad y en la especialidad de cirugía general en comparación a las otras especialidades quirúrgicas ⁽⁹⁰⁾. En otro estudio sobre 25.553 pacientes, Sáenz et al halló que la tasa de reingresos fue del 0.83% y siendo la causa más frecuente, la hemorragia del lecho quirúrgico para todas las especialidades quirúrgicas evaluadas en dicho hospital ⁽⁹¹⁾.

Martínez Rodenas considera que el índice de ambulatorización y el de sustitución evidencian la eficiencia de la Cirugía Mayor Ambulatoria y, por otra parte, permiten efectuar la comparación o bench marking entre distintas unidades ⁽⁸⁵⁾. En la serie reportada aquí fueron de 63 y 73.5 respetivamente. Hay que considerar que en el índice de ambulatorización influye la organización y logística del tipo de Unidad de CMA, así como la relación inversa de este índice con el nivel de complejidad de la institución ⁽⁹²⁾.

En el índice de sustitución, Ortega et al recomienda evaluarlo con otros indicadores que determinen la complejidad del paciente atendido independientemente del tipo de hospital. Estos cambios pueden repercutir en dicho índice ayudando a diseñar futuras políticas sanitarias ⁽⁹³⁾.

La seguridad de CMA se ve reflejada por la baja tasa de complicaciones 52 (2,2%) registradas de las 2327 intervenciones realizadas, siendo principalmente el seroma 22 (0.95%), como complicación menor, seguida de la litiasis residual 6

(0.26%), como complicación mayor, con respecto a esta última, se efectuó colangiografía intraoperatoria de manera selectiva y aquellos fueron resueltos mediante colangiopancreatografía retrógrado endoscópica (CPRE), en la misma institución. Artículos analizados difieren a lo reportado ya que presentaron que la principal causa de complicación son las infecciones de herida quirúrgica ^(93,94).

El grado de satisfacción fue elevado en casi el 100% de los casos, en consonancia con otros trabajos. Valla Vicente considera que es fundamental la explicación preoperatoria detallada y precisa, así como asegurarle al enfermo el control del dolor postoperatorio en su domicilio ⁽⁹⁵⁾. La encuesta realizada en el séptimo día posoperatorio denota que el 99.5 % presenta un grado de satisfacción elevado que refleja la aceptación del paciente por esta modalidad asistencial; resultados concordantes fueron encontrados en otros estudios, donde consideran importante poder retornar el mismo día de la intervención a su hogar y contar con una comunicación con la institución hospitalaria ^(96- 98). En un estudio de Baja California, la encuesta realizada a 2886 pacientes en el posoperatorio inmediato refleja un elevado grado de satisfacción ⁽⁹⁹⁾. En nuestra opinión, la encuesta postoperatoria, más que un buen indicador, es un instrumento muy válido para la introducción de mejoras en todo el proceso asistencial. Hay que considerar que las encuestas realizadas mediante entrevista personal o telefónica adolecen de introducir un factor de presión sobre el paciente que puede condicionar las respuestas ⁽¹⁰⁰⁾; en cambio, las encuestas postales o por medios virtuales anónimas, que dejan una mayor libertad para expresar la opinión real, están cargadas por un porcentaje de respuestas que no suele pasar del 50% ⁽¹⁰¹⁾. Es por ello que en el servicio se está tratando de implementar en este último tiempo una encuesta validada, tanto en el posoperatorio inmediato como al séptimo día postoperatorio, mediante SUCMA-14, pero no se detallan sus resultados debido a la escasa casuística ⁽¹⁰²⁻¹⁰³⁾. En España, lugar donde los programas para monitorizar la calidad de la asistencia en cirugía ambulatoria son tan importantes estas encuestas que están ligadas con los procesos de acreditación de las unidades ⁽¹⁰⁴⁾.

6. Conclusión

1- El impacto global de la actividad desarrollada por CMA sobre la actividad quirúrgica total del Hospital fue medido mediante la evaluación del Índice de Ambulatorización. Este mostró valores favorables en los años analizados, con un incremento anual promedio en estos cinco años de 1.5%, valor que se encuentra dentro de los de referencia internacional. Es importante destacar que es un indicador de eficiencia y resolutiveidad que mide la dimensión de la utilización sanitaria, esto es necesario para su posterior comparación con otros servicios que realicen CMA o con otras instituciones.

Para lograr un impacto global propicio, es necesario que el programa de Cirugía Mayor Ambulatoria se desarrolle con éxito, como se muestra en nuestra unidad, es por ello que consideramos los siguientes requisitos:

- Selección adecuada y estricta de los enfermos.
- Selección de los procedimientos de acuerdo a guías de práctica clínica.
- Información, comprensión y aceptación por parte del paciente de tener su cirugía bajo esta modalidad de trabajo.
- Protocolos de trabajo basados en la evidencia científica.
- Adherencia estricta a los criterios de alta, con énfasis en la prevención de complicaciones y/o inconvenientes.
- Trabajo de equipo multidisciplinario (enfermería, anestesiología, cirujanos y recuperadores).
- Apoyo y gestión administrativa para evitar cancelaciones y suspensiones.

Es importante destacar en el circuito de cirugía mayor ambulatoria a la unidad de recuperación post anestésica (URPA) y la zona de adaptación al medio (ZAM), esta última fundamental para cumplir los criterios de alta y lograr la reinserción del paciente al medio.

En nuestra opinión la unidad de CMA integrada colabora en el día a día de un servicio de cirugía general en los siguientes aspectos:

- Mejoramiento de la calidad asistencial.
- Incremento de la satisfacción de la población atendida y de su grupo familiar.
- Optimización de los recursos.
- Disminución de las listas de espera a través de la eficiencia del giro de cama.
- Disponibilidad inmediata y sin necesidad de traslado por contar con la infraestructura hospitalaria.

2- Dentro de los indicadores de calidad estudiados se desprende que la tasa de cancelación y suspensión, mostraron una disminución estadísticamente significativa, entre el año 2014 y 2018. La principal causa de cancelación fue la atribuible al paciente, debido a la incomparecencia en el día de la cirugía, por fallas en la información. Es por ello que se les pide a los pacientes que concurren con una anticipación de 72 horas para la verificación de su status. Es importante poder definir las causas por las cuales el paciente decide postergar su intervención, ya que estas repercuten negativamente en el servicio. El motivo de suspensión que se produjo con mayor frecuencia fue por problemas administrativos/organizativos, para mejorar este factor se realizó un refinamiento en el mecanismo de selección, así como el mejoramiento de la infraestructura (ascensores).

3- La morbilidad de los pacientes intervenidos, se analizó mediante las complicaciones que se presentaron tanto en URPA como en el posoperatorio inmediato; estas tasas fueron disminuyendo su valor debido a las mejoras de los criterios de selección de los pacientes como así también la información brindada antes y después de la cirugía; y la protocolización de los egresos. Es importante analizar estas tasas ya que su aumento repercute negativamente en el servicio. Es por ello que es necesario poder identificar las causas que implican su valor, ya que su intervención genera mejoras del servicio en cuanto a la atención de pacientes, brindando calidad y seguridad.

4- El grado de satisfacción fue elevado, en casi el 100% de los casos. La encuesta efectuada en el séptimo día posoperatorio permite observar que el 99.5 % exterioriza un grado de satisfacción elevado que refleja la aceptación del paciente por esta modalidad asistencial; consideramos que la encuesta postoperatoria, más que un buen indicador, es un instrumento muy válido para la introducción de mejoras en todo el proceso asistencial y monitorizar la calidad de la asistencia en cirugía ambulatoria.

7. Referencia Bibliográfica

1. López Piñero JM. La medicina en la historia. Salvat Temas Clave. 1981;17:64.
2. Botell ML. La medicina en la antigüedad: Esculapio y la cultura The ancient medicine : Asclepius and the culture. 2010;26(2):439–44.
3. Los Medicos en Grecia Antigua Sintesis La Medicina Helenica [Internet]. [cited 2019 Jan 8]. Available from: <https://historiaybiografias.com/medicina01/>
4. Salaverry O. La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(1):137–41.
5. Férez JAL. Hipócrates y los escritos hipocráticos: origen de la medicina científica. Epos Rev Filol [Internet]. 1986;2(168):157–75. Available from: <http://revistas.uned.es/index.php/EPOS/article/viewFile/9454/9010>
6. Asimov I. Hipocrates [Internet]. [cited 2019 Jan 12]. Available from: <http://www.facmed.unam.mx/Libro-NeuroFisio/Personas/Hipocrates/Hipocrates.html>
7. Díaz Novás J, Gallego Machado BR. Hipócrates y la medicina científica. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2004 [cited 2019 Jan 12];20(3):0–0. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300013
8. J.A. Gutiérrez Fuentes. La medicina, una ciencia y un arte humanos. Fundación Educación Médica [Internet]. 2008 [cited 2019 Jan 12];S11–5. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v11s1/mesa1_11s01_ps11.pdf
9. Cruz coke M R. Perigrinacion a la Fuentes de la Medicina Clasica. Rev Chil Med. 2007;1076–81.
10. Romero Huesca A, Ramírez Bollas J, López Schietekat R, Cuevas Velasco G, Francisco De la Orta Rementería J, Fernando Trejo Guzmán L. Galeno de Pérgamo: Pionero en la historia de la ciencia que introduce los fundamentos científicos de la medicina [Internet]. Vol. 56. 2011 [cited 2019 Jan 14]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc114g.pdf>

11. Gonzales P;Jimenez J;Lopez J. Historia y Sociologia de la ciencia. España; 1968. 56–89 p.
12. Inglis B. Historia de la Medicina. Barcelona - Mexico; 1968. 56–89 p.
13. Alvarado, M; Pacheco, D; Villalobos, J; Consideraciones sobre la evolución del acervo médico popular a través de la Historia de la Medicina. Med Natur. 2011;5(1):30–5.
14. Lain Entralgo P. Historia de la Medicina. Barcelona; 1978.
15. Casas Patiño D, Rodríguez Torres A. El origen de las especialidades médicas; en búsqueda de un acercamiento a la práctica médica actual. Rev Médica la Univ Costa Rica [Internet]. 2015;9(1):1–11. Available from: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/19624>
16. Guzman C. Historia y Evolución de la Medicina. 1. Ed Edit. México D:F; 2009.
17. Ibañez Moratal L. Las Instituciones Hospitalarias a Través de la Historia. Medicos Med. 2017;11(37):11–6.
18. Martínez-ramos C. Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y Evolución. Reduca (Recursos Educ Ser Med. 2009;1(1):294–304.
19. Nicoll J. The Surgery of Infancy. Br Med J. 1909;2:753–6.
20. Young DG, Carachi R. James H Nicoll, MB, CM Glasg, FRFPS Glasg. Legion of Honour France, Father of Day Surgery. Scott Med J [Internet]. 2006;51(1):48–50. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/RSMSMJ.51.1.48>
21. Waters R. The Downtown Anaesthesia Clinic. Am J Surg. 1919;(39):371.
22. Herzfeld G. The Radical Cure of Hernia in Infants and Young Children. Edinb Med J. 1925;32(6):281–91.
23. Farquharson E. Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as an outpatient procedurele. Lancet. 1955;1(517).
24. Smith I, Mcwhinnie D, Jackson I. An Overwief an Ambulatory surgery. In: Day Case Surgery. 2012. p. 4–8.

25. Cohen DD, Dillon JB. Anesthesia for Outpatient Surgery. JAMA J Am Med Assoc. 1966;196(13):1114–6.
26. Ford J, Reed W. The surgicenter: an innovation in the delivery and cost of medical care". Ariz Med. 1969;26(801).
27. England RC of S of. Guidelines for Day Case Surgery. Londres; 1985.
28. Davis JE. The major ambulatory surgical center and how it is developed. Surg Clin North Am [Internet]. 1987;67(4):671–92. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0039-6109\(16\)44279-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0039-6109(16)44279-9)
29. Ferraina PA. Cirugia Ambulatoria. Rev Argent Cir. 1991;1–63.
30. Herszage L, Viaggio JA, Sproviero J, Olaciregui P, Gianatiempo MO, Blanco NC, et al. Cirugia Ambulatoria en Patologia de Pared Abdominales. Rev Argent Cir. 1962;62:101–2.
31. Elena EH, Bertranou EG. Cirugia Venosa Mayor Ambulatoria Informe Preliminar. Rev Argent Cir. 1992;(62):99–100.
32. Martínez H, Brandi C, Sívori E, Bazzolo D, Costanzo D. Cirugía ambulatoria: cinco años de experiencia en una unidad independiente con base hospitalaria. Rev Argent Cir. 2000;(79):160–73.
33. Sarotto L, Suárez Anzorena F, Ferraro A, Fagoaga F, Zambianchi M, Lardies Merello J, et al. Colecistectomia Laparoscopica Ambulatoria. Experiencia en un Centro de Diagnostico y Tratamiento de Corta Estadía. Rev Argent Cir. 2001;5(80):125–9.
34. Sarotto L, Ferraro A, Anzorena F, Franzosi R, Carlucci D, Ferraina P. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. experiencia sobre mil casos. Rev Argent Cir. 2006;90(3–4):85–92.
35. Cabrera E, Cifuentes P, Sanabria A, Domínguez L. Tiroidectomía ambulatoria : análisis de minimización de costos en Colombia. Rev Colomb Cir. 2014;4(29):319–26.
36. Moore Perea JH. Cirugia Mayor Ambulatoria. Experiencia para Latinoamerica. 1°

edicion. Bogota; 2005.

37. Recart A. Ambulatory Surgery. A New Model of Surgical Medicine. *Rev Med Clin Condes*. 2017;28(5):682–90.
38. Viterbo A, Bravo M, Millán F, Tapia J. Cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Santiago Oriente . Experiencia de tres años. *Rev Obs Ginecol - Hosp Santiago Oriente* Dr Luis Tisné Brousse [Internet]. 2012;7(3):137–47. Available from: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
39. Brahín F, Toll E, Malmoria O, Antenucci G, Hautecoeur J, Noguera M, et al. Impacto de la Cirugía Mayor Ambulatoria en un Hospital Público. Experiencia en Cinco Años. *Rev Medica Tucuman*. 2015;21:1062–6.
40. Brahín F, Alvarez VM, Martín PA. Cirugía Mayor Ambulatoria. *Rev Argentina Resid Cir*. 2016;Relato Ofi:21–39.
41. Martínez AG, Rotger LM, Noguera MA. Primeras 2000 colecistectomías laparoscópicas ambulatorias en modalidad free-standing en un hospital público de la Argentina. *Rev Argent Cir*. 2018;110(3):146–51.
42. Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social. SARECCS Criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de las exploraciones y pruebas diagnóstico terapéuticas, fuera del área quirúrgica. Barcelona; 2002. 37 p.
43. Brahín F. Cirugía Mayor Ambulatoria. In: Programa de Actualización en Cirugía Decimonoveno Ciclo Modulo 2. 2015. p. 14–35.
44. Ramos, CM. Organización de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. II. Selección de Pacientes. Circuito Asistencial. Reduca [Internet]. 2009;1(1):317–27. Available from: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/viewFile/65/95>
45. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. Madrid; 2008.
46. Davis E SK. Selecting the Patient for Major Ambulatory Surgery. *Major Ambul Surg*. 1987;0039–6109.

47. Claudio NJ, Maximiliano ZH, Alejandro GA. Cirugía ambulatoria: Selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. *Rev Chil Cir.* 2015;67(2):207–13.
48. Doyle D, Garmon E. American Society of Anesthesiologists Classification (ASA Class). StatPearls Publishing; NCBI Bookshelf; 2019.
49. A. A, Kroulik D. A Postanesthetic Recovery Score. *Anesth Analg Curr Res.* 1970;46(6).
50. Chung F. Discharge Criteria - a New Trend. *Can J Anaesth.* 1995;46:1056–8.
51. Tran L, Theissen A, Raucoules-Aimé M. Tratamiento del paciente en cirugía ambulatoria. *EMC - Técnicas Quirúrgicas - Ortop y Traumatol [Internet].* 2018;10(4):1–21. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1280-4703\(17\)87753-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1280-4703(17)87753-7)
52. Verde Remeseiro L, Lopez - Pardo y Pardo E. Indices de Calidad en Cirugia Mayor Ambulatoria. *cma.* 2013;18(3):114–6.
53. The Australian Council of Healthcare Standards.
54. Capitan Valey J. Indicadores Actuales en Cirugia Mayor Ambulatoria. *Rev Medica Jaen.* 2015;14–9.
55. Verde Remeseiro L, López-Pardo Pardo E. Índices de calidad en cirugía ambulatoria Quality standards in ambulatory surgery [Internet]. Vol. 18, CIR MAY AMB. 2013. 2013 [cited 2019 May 19]. Available from: www.asecma.org
56. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Final Technical Report. In: world Health Organization Final Technical Report. version 1. 2009. p. 2–154.
57. M. T. Valle Vicente, M. C. López Fresneña, I. Manera Ceñal, M. T. Zazo León AEC. Estudio del grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en cirugía mayor ambulatoria en un periodo de seis meses. *cir may amb.* 2011;16(4):164–7.
58. Echevarría Moreno M, Neira Reina F, Torres Morer LM, Ortega García JL. Capitulo XXXI. Indicadores de Calidad Asistencial en CMA. In: Actualizaciones en Anestesiología, Reanimacion y Tratamiento del Dolor 2014 [Internet]. Cadiz; 2014. p. 174–84. Available from:

https://www.researchgate.net/profile/Luis_M_Torres/publication/288836131_Actualizaciones_en_dolor_AAEAR_2014/links/5686724b08ae051f9af3f4a3/Actualizaciones-en-dolor-AAEAR-2014.pdf#page=174

59. de Miguel-Ibáñez R, Nahban-al Saied SA, Alonso-Vallejo J, Escribano Sotos F. Resultados de satisfacción y calidad de vida percibida en pacientes intervenidos de hernia primaria de pared abdominal. *Cir Esp.* 2015;93(10):658–64.
60. Sala-Hernández A, Granero Castro P, Montalvá Orón E, Maupoey Ibáñez J, García-Domínguez R, Bueno Lledó J, et al. Evaluation of patient safety and satisfaction in a program of ambulatory laparoscopic cholecystectomy program with expanded criteria. *Cir Esp.* 2019;97(1):27–33.
61. Ambulatory Surgery Centers | CMS [Internet]. [cited 2019 Nov 22]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/ASCs>
62. Day Surgery: departament of health. Operational Guide. London; 202AD.
63. Martínez Ramos C, Sanz López R, Cerdán Carbonero MT, Núñez Peña JR. Encuesta de opinión sobre la cirugía mayor ambulatoria en la formación del residente de especialidades quirúrgicas. *Rev la Fund Educ Médica.* 2019;7(4):140.
64. Moya Forcen J, Perez Legaz A, Arroyo Sebastian P, Garcia Peché F, Candela Polo R. Importancia de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en la Formación de Residentes de Cirugía General: Experiencia en el Hospital General Universitario de Elche. *Cir Mayor Ambulatoria.* 2011;16(3):126–30.
65. Jarret P, Staniszewski A. Day Surgery Development and Practice. Edición 2006. Lemos P, Jarret P, Philip B, editors. Portugal; 2006.
66. Viñoles J, Montón E, Soliveres J, Nodal MJ, Solaz FPC. Evaluación de la telemedicina aplicada a la cirugía ambulatoria. *Cir May Amb.* 2008;12:35–43.
67. Laguillo Cadenas JL, Echevarría Moreno M. Telemedicina en anestesiología y cirugía mayor ambulatoria: posibilidades y limitaciones. *cir may amb* [Internet]. 2009;14(18):50–4. Available from: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/2_1.REV_1_1.pdf

68. ministerios de Sanidad y Política Social. Bloque Quirúrgico Estándares y recomendaciones. informe estudios e investigación. 2009. 301 p.
69. Porrero, JL. Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual Práctico. Edición 2. Barcelona. Ed. Masson. 2002
70. Jackson I. Patient Safety - How Information Technology can Support. In: Ambulatory Surgery Abstract de IAAS 10th International Congress on Ambulatory Surgery. 2013. p. 42.
71. Horton W. A Ship in a Storm in Search of a Captain! J One Day Surg. 2012;26(2):43–7.
72. Gnesotto R, Baccaglini U, Camporese P, Gallo C, Castoro C. Concepts for a Day Surgery Information Systems Policy in Europa. 2013.
73. Lemos P, Jarret P, B P. Day Surgery. In: International Association for Ambulatory Surgery. 1º edición. Londres; 2006.
74. Skues M. Incentivación de Ambulatory Surgery. Ambulatory Surgery. In: Abstract de IAAS 12 th International Congress on Ambulatory Surgery. China; 2017. p. 47.
75. Capitan Valvey J, Gonzales Vinagre S, Barreiro Morandeira F. Cirugía Mayor Ambulatoria: Donde Estamos y Hacia Donde Vamos. Cir Española. 2018;96(1):1–2.
76. Mederos Curbelo O, et al. Resultados de la cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente" Comandante Manuel Fajardo. Revista Cubana de Cirugía. 1999;38(1):41-45.
77. Pérez M, Villarreal G, Pérez R, Cumplido P, Álvarez H, Obregón R. Colectomía laparoscópica en régimen de cirugía mayor ambulatoria en un hospital comarcal: resultados iniciales de una serie de 110 casos. Cirugía Española. 2010;87(5):288-292.
78. Fernández J. et al. Colectomía laparoscópica de puerto único en un programa de CMA. Cirugía Española. 2010;88(5):328-331.
79. Bonilla F, Almada M, Canessa C. Cirugía del día: colectomía laparoscópica.

- ¿Es factible en nuestro medio?. Revista Médica del Uruguay. 2016 32(4), 274-280.
80. Vallvey J, González Vinagre S, Barreiro Morandeira F. Cirugía mayor ambulatoria: dónde estamos y adónde vamos. Cirugía española: Órgano oficial de la Asociación Española de Cirujanos.2018;96(1): 1-2.
 81. Hernández-Avendaño V, Jiménez-López M, Salazar-Lozano C. Cirugía mayor ambulatoria: una opción real. Estudio de costo-beneficio en una unidad de segundo nivel. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.2017;22(3): 95-103.
 82. Ortega M, Carro J, Andrés J, Fe M, García M, Díaz-Guerra C. Análisis comparativo de indicadores de eficiencia en cirugía mayor ambulatoria. Gaceta Sanitaria. 2018;32(5):473-476.
 83. Guillén J, Bernadó A, Solanas J, Guedea M, Villahoz E, Díez M. M. Cancelación en CMA: Incidencia y causas. Cirugía española. 2012;90(7):429-433.
 84. Royal Australasian College of Surgeons. Clinical indicators in day surgery and endoscopy. A users' manual.Version 3 for use in 2001. Melbourne: The Australian Day Surgery Council and ACHS Performance and Outcomes Service, 2000.
 85. Fraile J. Cancelación de procedimientos quirúrgicos programados: causas, consecuencias y soluciones. Revista Electrónica Anestesia.2009;1(8):3-3.
 86. Rodenas F, et al. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria (2010-2012). Revista de Calidad Asistencial. 2014;29(3):172- 179.
 87. Jiménez A, Elia M, Gracia J, Artigas C, Lamata F, Martínez M. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria. Cirugía Española. 2004;76(5):325-330.
 88. Porras-González M, Barón-López F, García-Luque M, Morales-Gil I. Effectiveness of the nursing methodology in pain management after major ambulatory surgery. Pain Management Nursing. 2015;16(4):520-525
 89. Chirigliano GV, Noceti MC. Planificación de una unidad de cirugía del día. Rev Méd Urug 2004; 20(1):19-31.
 90. Sobrino J, Cabadas R, Rodríguez J, Ares X, Pereira J, Blanco J. Dolor en el postoperatorio inmediato en cirugía mayor ambulatoria (CMA): factores

determinantes. Rev Soc Esp Dolor.1999;6(3):175-9.

91. Sáenz M, Gómez L, De Llama J, Lizán-García M, Guerrero J, González- Masegosa P. Análisis de los reingresos hospitalarios domiciliarios en un programa de cirugía mayor ambulatoria. Cirugía Española. 2007;81(1):38-42.
92. España, m. a. e. (2013). Recomendaciones para la mejora de la cirugía.
93. Pérez Fouces F, et al. Cirugía mayor ambulatoria en el servicio de cirugía general. Revista Cubana de Cirugía.2000;39;(3): 184-187.
94. Correa Martínez L, Aragón A. Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en un Centro de Diagnóstico Integral Estado Sucre-Venezuela. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río.2019;23(2): 325-330.
95. Vicente M, et al. Estudio del grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en cirugía mayor ambulatoria en un periodo de seis meses. cirugía mayor ambulatoria 2011;16(4): 164-167.
96. Escobar A, Contreras J, Corvera M, Cumsille G, Torres A. Cirugía ambulatoria electiva en patología proctológica. Experiencia prospectiva de 14 años en un hospital público docente. Revista de Cirugía.2019;71(4).
97. González A, Zúñiga J, Echeverry Ó, Velásquez L, Vélez A, Vernaza A. Cirugía ambulatoria, alternativa de aumento de cobertura. Análisis de 723 pacientes con cuidado post-operatorio en casa. Colombia Médica.2016;7(4):134-137.
98. Pérez A, Servio Tulio C, Sunaymy S. Resultados de la cirugía mayor ambulatoria y corta hospitalización en varios CDI de Maracaibo, Venezuela. Revista Información Científica.2015;94.6:1314-1321.
99. Paipilla Monroy O, Green Solís J, Romero Mejía C. Egreso seguro en cirugía mayor ambulatoria: 2,886 pacientes. Cirujano General2016;38.2: 67-71.
100. Espinàs JA, Borràs JM, Colomer J, Ramón C, Varela J. Estimación del impacto potencial de la cirugía ambulatoria en Cataluña. Med Clin (Barc.) 1997; 109 (3): 81-4.

101. Gea M, Hernán M, Jiménez J, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 37-44.
102. Fernández F et al. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Enfermería clínica*.2001;11.4:146-154.
103. Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación de mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69 (2): 163-75.
104. Pino L et al. La calidad percibida y esperada como marketing en la cirugía mayor ambulatoria del área III-IV de la comunidad autónoma de Cantabria. *Revista española de investigaciones quirúrgicas* 2016; 19.4: 143-151.

8. Anexo

Anexo 8.1: Historia Clínica Diferenciada para CMA



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

Colecistectomía laparoscópica:

Hernioplastias:

Eventroplastias:

Patología Orifical:

Nombre y Apellido.....

DNI.....

Domicilio..... TEL:

N° de Historia Clínica

PROTOCOLO DE INCLUSIÓN

1. Criterios Socio Familiares

1- ¿Tiene usted transporte particular?	SI	NO
2- ¿Tiene Alguna persona que le lleve a su casa?	SI	NO
3- ¿Tiene usted quien pueda cuidarlo?	SI	NO
4- ¿Tiene Teléfono en su casa o próximo a ella?	SI	NO
5 - ¿Vive usted a menos de 60 km del Hospital	SI	NO

2. Criterios Personales: Medicoquirúrgicos y Anestésicos

- Ha padecido alguna vez...

6- Dolor en el pecho?	SI	NO
7- Dificultad para respirar?	SI	NO
8- Asma o bronquitis?	SI	NO
9- Tensión Arterial alta?	SI	NO
10- Palpitaciones?	SI	NO
11 - Mareos con frecuencia?	SI	NO
12- Ataques convulsiones o temblores?	SI	NO
13- Ictericia? (se puso amarillo)	SI	NO
14- Digestiones pesadas o ardores?	SI	NO
15- Problemas al orinar?	SI	NO
16- Anemia u otros problemas de la sangre?	SI	NO
17- Sangrado con facilidad?	SI	NO
18- Dolores de las articulaciones	SI	NO
19- Enfermedades musculares o perdidas de fuerza	SI	NO

20- Diabetes (azúcar en la sangre)	SI	NO
21- Alguna enfermedad grave	SI	NO
22- Alergia a algún medicamento?	SI	NO
23- ¿Toma usted algún medicamento?	SI	NO
24- ¿Fuma?	SI	NO
25- ¿Bebe alcohol?	SI	NO
26- ¿Sigue alguna dieta para adelgazar?	SI	NO
27- ¿Está Embarazada?	SI	NO
28- ¿Toma usted anticonceptivos?	SI	NO
29- Fecha de ultima menstruación.....		
30 – internaciones previas.....		
.....		
31 - ¿Ha tenido alguna complicaciones anestésicas o quirúrgicas		
.....		
.....		
32- ¿Cuándo fue su última intervención?.....		
33 - ¿Algún miembro de su familia tuvo problemas anestésicos?		
.....		
34- Indique si tiene:		
☐ Dentadura Postiza ☐ Puentes ☐ Lentes de Contacto ☐ Audífonos ☐ Marcapasos		

CONFORMIDAD CON LAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Sr/Sra.: Mayor de edad, con DNI
N°..... y domicilio en..... provincia
de.....

1. Ha sido informado de las características de la Cirugía Mayor Ambulatoria, la cual tiene como peculiaridad de poder regresar a su domicilio, si procede, el mismo día de la intervención.
2. Se ha insistido en los siguientes puntos:
 - El paciente debe organizar la vuelta a su domicilio con una persona responsable
 - El paciente no puede conducir ningún tipo de vehículo hasta pasada 24 Hs desde su intervención
 - No consumirá alcohol en las 24 Hs siguientes a la intervención
 - Deberá llamar al Hospital o al medio asignado para comunicar aquellas anomalías que surjan del postoperatorio
 - La posibilidad de que se prolongue la internación si el procedimiento lo requiere o en caso de surgir complicaciones.
3. Que en pleno uso de sus facultades de decisión, **AUTORIZA**, la realización de las diferentes pruebas diagnóstica y ser intervenido/a quirúrgicamente, asumiendo los riesgos razonables de dichas pruebas y de la intervención planteada consistente en:.....
.....

En San Miguel de Tucumán, a..... de..... de 20.....

Firma del paciente o responsable

AUTORIZACION PARA CIRUGIA

Datos del Paciente

Apellido/s:

Nombre/s:

O. Social:

Sala:

N°:

Cama:

Autorizo:

1. Al departamento de Cirugía del Hospital de Clínica "Pdte. Dr. Nicolás Avellaneda", a realizar las siguientes intervenciones y/o procedimientos y/o operaciones:

.....
.....

Podrá también, efectuar otra operación, procedimientos o modificaciones imprevistas actualmente o que surjan durante el acto médico.

2. Al servicio de anestesiología del Hospital de Clínica "Pdte. Dr. Nicolás Avellaneda", a administrarme la "Anestesia" que considere más conveniente. Declaro que, entrevistado con dicho profesional, quien me ha examinado y explicado las ventajas y riesgos de cada tipo de anestesia.
3. El uso de procedimientos de diagnóstico, ya sea de laboratorio, radiología o procedimientos especiales que se consideren necesarios.
4. A extirpar o seccionar tejidos, órganos o partes de ellos que consideren oportuno y que serán destinados según criterios de patólogo y/o Cirujano.

Manifiesto:

1. Que han sido explicado la naturaleza y propósito de la operación, métodos alternativos de tratamiento, posibles riesgos y complicaciones. Así mismo estoy enterado/a de las probabilidades de éxito y fracaso, y que se utilizaran, la metodología, tecnología e infraestructura más apropiada. Ninguna garantía me ha sido dada, en cuanto a los resultados o cura.
2. Que he leído, y me ha sido explicado el contenido de cada párrafo.

TEL.....

TEL.:

DNI.....

DNI.....

.....
Firma del paciente

.....
Firma del Testigo

En mi carácter de..... del paciente, me responsabilizo en forma conjunta con él, de la autorización precedente detallada, aceptando de conformidad la misma en todos sus términos.

Nombre y Apellido: DNI:

Domicilio:

Firma.....

No estando el paciente en condiciones de firmar, me responsabilizo de la autorización precedentemente detallada, en mi carácter de..... del paciente, de aceptando conformidad la misma en todos sus términos.

Nombre y Apellido: DNI:

Domicilio.....

.....

Firma

N° DE HC:

Historia Clínica

Paciente:				
Apellido	D.N. I			
Nombre	Fecha de Nacimiento:			
Edad:		Obra social		
Afiliado N°				
Domicilio				
Fecha y hora de Ingreso:			Hospitalizado por:	
Ubicación:				
Profesional:				
Enfermedad:				
Enfermedad Actual				
Antecedentes de Enfermedad Actual				
Antecedentes Clínicos - Quirúrgicos				
Antecedentes Familiares				
Hábitos Tóxicos				
Alergias: SI NO observaciones:				
Funciones Fisiológicas:	Apetito:	Sudor:	Diuresis:	Catarsis
	Peso corporal		Sueño:	C. Menstrual

Examen físico General:	
Examen físico Segmentario	Cabeza y Cuello
	Tórax
	A.C.V
	AP. Resp:
	Abdomen
	Ap. Genitourinario
	Miembros
	SNC:
	Diagnostico Presuntivo

Diagnostico	
Estudios Solicitado	

Firma y sello del Medico.....

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
Una alianza mundial para una atención más segura

Antes de la inducción de la anestesia

(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

☐ Sí

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

☐ Sí

☐ No procede

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

☐ Sí

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

☐ Sí

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?

☐ No

☐ Sí

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

☐ No

☐ Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

☐ No

☐ Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

Antes de la incisión cutánea

(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

¿Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

☐

¿Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

☐

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

☐ Sí

☐ No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

☐ ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?

☐ ¿Cuánto durará la operación?

☐ ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesista:

☐ ¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:

☐ ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?

☐ ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

☐ Sí

☐ No procede

Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:

☐ El nombre del procedimiento

☐ El recuento de instrumentos, gasas y agujas

☐ El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)

☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestesista y enfermero:

☐ ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

PROTOCOLO QUIRURGICO

Diagnóstico:.....

Edad:.....

Operación:.....

Fecha:.....

Cirujano:.....

Anestesista:.....

1° Cirujano.....

2° Cirujano.....

Tipo de Anestesia: General

Raquídea

Local

Diagnostico Preoperatorio

Posición Paciente: Francesa: Americana:

Otros:

Acceso:..... 4 Trocares 3 Trocares Monocanal

Otros:

Infiltración: No..... Ombligo..... Todos:..... Foto Ombligo: Si No

Filmación: Si No

Procedimiento:

Conversión: Si	No:.....	Causa:	
Diagnostico Postoperatorio:			Torres:
A	B	C	D
TIEMPO TOTAL:..... MIN			

Quirófano: 1.... 2.... 3....

Instrumentista.....

..... **FIRMA Y SELLO**

Protocolo Anestésico

Paciente.....: Fecha...../...../..... Edad..... Peso.....Kg Sexo: M/F

Diagnóstico.....cirugía.....Urgencia ☒ Programada ☐

Anestesia	General			Sedoanalegsi a	Regional	Local	Canalizacione s	Sitio	Cal
Intubación	O T	N T	Tub o 8	otros	Sin Dificultad	Dificultosa	EV Periférica		
Respiració n	Espontanea			Asistida	controlad a	Manual o Mecánica	V. Central/ Art		

Pre medicación	Ranitidina		dexametaso na		MD2	
	Metoclopram ida		Cefalotina			
Inducción Ev Inhalatoria Mixta	Halogenos		Ketamina		Remifentanil o	
	Propofol		Vecuronio		Oxigeno	
	Tiopental		Atracurio			
Analgesia	Diclofenac		Bloqueo:			
	Ketorolac					
	Dipirona					
	Morfina					
	Fentanilo					
Mantenimien to	Halogenos		Reversión	Neostigmin a		
	Propofol			Atropina		
	Remifentanilo			Flumazenil		
	Oxigeno			naloxona		

[illegible]

Recuperación – Escala de Aldrete Modificada		
Movimiento	Voluntario de al menos una extremidad superior y una inferior	2
	Voluntario de al menos una extremidad superior y ninguna inferior	1
	Sin movimiento voluntario	0
Circulación	Presión arterial $\pm$ 20% de los niveles preanestésicos	2
	Presión arterial 20% a 50% de los niveles preanestésicos	1
	Presión arterial $\pm$ 50% de los niveles preanestésicos	0
Respiración	Capaz de respirar profundo y toser	2
	Respiración limitada, disnea	1
	Apnea	0
Nivel de conciencia	Despierto	2
	Responde al llamado	1
	No responde	0
Saturación de oxígeno	>90% con aire ambiente	2
	>90% con oxígeno suplementario	1
	<90% con oxígeno suplementario	0
9 puntos o más: alta de unidad de recuperación postanestésica Total		

Paciente: Ambulatorio - Internado	Pasa: Sala – UTIM- UTI	Extubado - Intubado	Estado general: Bueno – Regular - Grave
--------------------------------------	---------------------------	------------------------	--

OBSERVACIONES:

Firma y sello:.....

Sección:..... Cama:.....

Dr.:..... Fecha:.....

Hoja N°

MES	DIA	OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

LISTA DE VERIFICACION DE CRITERIOS DE ALTA

(PADDS score system – Chung – 1993)

1. **CONSTANTES VITALES**
 - Variación menor del 20% de los valores preoperatorios..... 2
 - Variación del 20% al 40% de los valores preoperatorios..... 1
 - Variación mayor del 40% de los valores preoperatorios..... 0
2. **DEAMBULACION**
 - Deambula sin asistencia..... 2
 - Deambula con asistencia.....1
 - Incapaz de deambular..... 0
3. **NAUSEAS – VOMITOS**
 - Leve (cede con medicación oral).....2
 - Moderado (cede con medicación parenteral) 1
 - Severo (no cede a pesar del tratamiento repetitivo) 0
4. **DOLOR**
 - Leve (puede necesitar medicación oral) 2
 - Moderado (cede con medicación parenteral) 1
 - Intenso (no cede a pesar del tratamiento repetitivo) 0
5. **SANGRADO QUIRURGICO**
 - Normal.....2
 - Apósito algo manchado..... 1
 - Herida Sangrante..... 0
6. **MICCION**
 - Micción normal..... 2
 - Preciso sondaje evacuador.....1
 - No orina espontáneamente..... 0
7. **INGESTA DE LIQUIDOS**
 - Normal..... 2
 - No puede ingerir líquidos.....1

ALTA	Puntuación total INGRESO	Advertencia
☐ 14 PUNTOS	☐ < 12 PUNTOS	Si algún criterio ha sido 0 el paciente debe quedar internado independientemente del resto.
☐ 13 PUNTOS	☐ Algún criterio ha sido 0	
☐ 12 PUNTOS		

- HORA DEL ALTA.....
- DR:.....
- HORA DEL INGRESO.....
- CAUSA DEL INGRESO.....

FIRMA DEL MEDICO

Encuesta de Satisfacción

Estimado Paciente: la siguiente encuesta es de carácter voluntaria y tiene por objetivo conocer su opinión acerca del servicio que le fue brindado para poder mejorar aquellas falencias que considere oportuna; la misma se realizara el primer día que asista a la curación correspondiente. Muchas Gracias por su colaboración.

ENCUESTA A REALIZARSE A LOS 7 DIAS

1) Soy una persona de género ☐ Masculino ☐ Femenino

2) Edad:

3) Fecha de intervención:

4) ¿Qué nivel de estudios posee?

☐ Ninguno

☐ Primarios

☐ Secundarios

☐ Terciarios

☐ Universitarios

5) Lugar de residencia respecto al Hospital

☐ A menos de 30 minutos de viaje ☐ Entre 30 y 60 minutos de viaje

☐ Entre 60 y 90 minutos de viaje ☐ Más de 90 minutos de viaje

6) ¿Le ha recomendado alguien esta Unidad? ☐ Si ☐ No

7) ¿Le hemos evitado trastornos familiares? ☐ Si ☐ No

8) ¿Se va Ud. contento de la Unidad? ☐ Si ☐ No

9) Si tuviera que volver a operarse ¿Lo haría en esta Unidad? ☐ Si ☐ No

10) ¿Ud. o su familia entendieron nuestra información al ser dado de alta?

☐ Si ☐ No

11) ¿Qué impresión le causó la Unidad?

☐ Mal ☐ Regular. ☐ Bien. ☐ Muy Bien ☐ No contesta

12) ¿Qué opinión le ha merecido a su familia ésta Unidad?

☐ Mal ☐ Regular. ☐ Bien. ☐ Muy Bien ☐ No contesta

13) ¿Cómo fue la Información sobre lo que se le iba a realizar?

☐ Mal ☐ Regular. ☐ Bien. ☐ Muy Bien ☐ No contesta

14) ¿Cómo ha sido atendido/a por el personal Administrativo?

☐ Mal ☐ Regular. ☐ Bien. ☐ Muy Bien ☐ No contesta

15) ¿Cómo ha sido atendido/a por el personal de Enfermería?

☐ Mal ☐ Regular. ☐ Bien. ☐ Muy Bien ☐ No contesta

16) ¿Cómo ha sido atendido/a por el personal Médico?

☐ Mal ☐ Regular. ☐ Bien. ☐ Muy Bien ☐ No contesta

17) ¿Cómo fue su experiencia con la Anestesia?

☐ Mal ☐ Regular. ☐ Bien. ☐ Muy Bien ☐ No contesta

18) ¿Cuántos días precisó ayuda en su domicilio para realizar actividades cotidianas?

☐ Ninguno ☐ de 1 a 3 ☐ De 3 a 7. ☐ Más de 7.

19) ¿Quién realizó los cuidados a domicilio?

☐ Ninguno ☐ Cónyuge/ pareja ☐ Hija/hijo. ☐ Hermana/hermano. ☐ Otra persona

20) ¿Cuántos días preció analgesia oral por el dolor?

☐ Ninguno ☐ Menos de 3 ☐ Entre 3 y 7 ☐ Entre 7 y 14 ☐ Más de 14

21) ¿Recomendaría a un familiar o amigo que precisara esta cirugía ser incluido en programa de CMA o corta estancia? ☐ Si ☐ No

22) Nivel de Satisfacción global: ☐ Muy satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho

Anexo 8.2: Folletos informativos

Modelo de Folletos que se brinda a los pacientes en el momento de la primera consulta con todas las explicaciones sobre el procedimiento en CMA.

Hospital de Clínicas: Pte. Nicolás Avellaneda Servicio de Cirugía General Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria	Llámenos si: • Sangra abundantemente por la herida. • No puede orinar después de algunas horas. • El dolor es demasiado fuerte y no cede con calmantes. • Tiene fiebre de 38,5° o más. • Si le surge alguna duda. Teléfono Hospital Avellaneda 427-6008 El turno para su cirugía es el a las.....hs
--	--

1 10

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Introducción La unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria ha sido creada con el propósito de brindarle a usted, un medio confortable, con personal altamente calificado una intervención segura bajo anestesia local o general con la particularidad de que usted podrá volver a su casa el mismo día de la intervención. A continuación le brindamos toda la información necesaria para que pueda ayudarnos a que la intervención sea todo un éxito.	Control del dolor Tener dolor en la herida quirúrgica es normal después de la intervención. El control del dolor le va a permitir reanudar sus actividades con mayor rapidez. No espere a tener dolor para tomar analgésicos, debe tomarlos siguiendo los consejos de su cirujano. Siga las pautas de tratamiento de forma rigurosa y de esta forma las molestias serán mínimas. Después de la intervención - No deberá manejar en las próximas 48 horas. - Puede dar paseos por la calle el día siguiente de la intervención - No beba bebidas alcohólicas hasta pasadas las 48 horas. - Nosotros le llamaremos al día siguiente de ser dado de alta a las 10 horas.
--	--

2 9

Pasos para una cirugía segura de CMA

Usted solicita consulta con el Cirujano General.

1.- El cirujano lo atiende, se hacen exámenes prequirúrgicos y se deriva el jefe.

2.- El jefe de cirugía otorga un turno de confirmación de estudios y una fecha para su cirugía.

El paciente se dirige a la secretaria para evacuar cualquier tipo de duda, y evitar confusiones.

3.- El paciente regresa por segunda vez con todos los estudios prequirúrgicos en la mano, para ser visto por el jefe de cirugía.

4.- Si todo está correcto, el paciente busca a la secretaria para armar la carpeta, ésta se encarga de informar detalladamente la preparación para la cirugía.

3

Una vez en casa

No debe olvidar las instrucciones a seguir en su postoperatorio domiciliario.



- No intente levantar objetos pesados.
- No sea muy activo.
- Permanezca en casa durante las primeras 24 horas.
- No olvide la fecha de su primer control.

Está comprobado que levantarse pronto de la cama ayuda a una rápida recuperación.

Poco tiempo después de la intervención podrá levantarse de la cama.

Comenzará dando unos pocos pasos, luego podrá descansar en una silla y poco a poco aumentará sus ejercicios.

Es necesario esperar unas horas antes de reanudar la alimentación. Deberá comenzar con pequeños sorbos de agua, para luego seguir con otro tipo de líquidos y seguidamente alimentos blandos.

8

Día de la Cirugía

5.- El paciente se interna las 6:30 de la mañana en el 3° piso de cirugía.

6.- El paciente es recibido en URPA donde debe asistir con un acompañante, para que ambos firmen la autorización a la cirugía. El equipo de cirugía se asegura que el paciente se haya preparado correctamente para la cirugía.

7.- Se pesa y se mide al paciente, se toma sus parámetros vitales y se le entrega ropa apropiada para el quirófano. El paciente es interrogado por el médico recuperador, y luego por el anestesiólogo.



4

La vuelta a casa



Como normal general el regreso a su domicilio se decidirá cuando esté en condiciones de ser dado de alta. Si en algún momento se detectara alguna anomalía que impidiera que se le dé el alta, quedaría internado en el hospital.

Es muy importante tener organizado el retorno a su hogar. Usted no podrá conducir por lo que debe estar acompañado de un adulto responsable.

El alta le será dada por el médico después de una serie de datos muy bien estudiados: el grado de orientación, la desaparición de la somnolencia, ausencia de náuseas y vómitos, caminar sin perder el equilibrio.

Debe seguir al pie de la letra las indicaciones del médico.

7

Es llevado al quirófano.

8.- Una vez en el quirófano es asistido por cirujanos, anestelistas, instrumentadores, y luego el paciente retorna a la URPA.



9.- El paciente es controlado por personal de enfermería y el médico que lo recibe en URPA. Si es necesario se lo medica para que no tenga ningún tipo de dolor, se lo asiste hasta que pase el efecto de la anestesia, una vez recuperado dejamos pasar al familiar. El familiar ayuda con la recuperación, hidratando y ayudando a que este camine.



10.- Si el paciente no presenta dolor ni ningún tipo de complicación es dado de alta por la tarde.



En el servicio de Cirugía se logran intervenciones exitosas de CMA a diario.

5

Preparación para la Cirugía

El día antes de la intervención tome toda su medicación habitual; cene sin excesos y no consuma NADA después de las 12 de la noche.

No desayune ni tome nada, tampoco consuma medicamentos salvo los indicados por el equipo médico.

Ducharse incluyendo la cabeza con antiséptico jabonoso, lavarse con abundante agua y jabón la zona a operar.

No use maquillaje, esmalte de uñas y traiga ropa cómoda.

No olvidarse su identificación y documentación clínica.

No venga acompañado de muchos familiares ni amigos. Debe venir solamente con un adulto responsable como acompañante.



6

Anexo 8.3 Lista de Procedimientos Quirúrgicos para CMA de la Asociación Argentina de Cirugía.

Listado de procedimientos quirúrgicos establecidos en la guía de Organización y procedimientos en Cirugía Ambulatoria de la Asociación Argentina de cirugía.

Cirugía General:

- Cirugía de hernias (Inguinales, crurales, umbilicales, etc) y pequeñas eventraciones.
- Hemorroides, Fisura anal, Fistula Perianal y exeresis de lesiones perianales.
- Colecistectomía Laparoscópica.

Anexo 8.4 Criterios Anestésicos de Selección de Pacientes para CMA:
Clasificación de Riesgo Anestésicos ASA

Categoría ASA	Estado de Salud Preoperatorio
ASA 1	Paciente sano normal
ASA 2	Pacientes con enfermedad sistémica leve
ASA 3	Pacientes con enfermedad sistémica severa
ASA 4	Pacientes con enfermedad sistémica severa que amenaza en forma constante la vida
ASA 5	Pacientes moribundos que no se espera que sobrevivan sin la operación
ASA 6	Paciente con muerte cerebral declarada, y los órganos están siendo removidos para donación

Anexo 8.5: Banner Informativos del Circuito de CMA



Pasos a seguir para el proceso del CMA.
Unidad integrada al servicio de Cirugía General y digestiva




PASO 1. Consultorio:
Tareas: Consulta, criterios de inclusión y pedidos de prequirurgicos. Confección de HC digital y pedidos de insumos (mallas, prótesis).
Efector: Cirujano (según diagrama).
Lugar: Consultorio CMA,



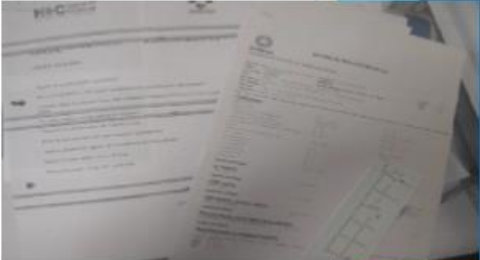
PASO 2: Consultorio prequirurgico:
Tareas: Otorgamiento de turno quirúrgico con fecha y día de confirmación de cirugía.
Efector: Jefe del servicio.
Lugar: Consultorio 19/21



Paso 3: Consultorio prequirurgico:
Tareas: a) Evaluación de los estudios prequirurgicos y confirmación del turno de cirugía (5 días previos a la cirugía) b) Instructivo de preparación para la cirugía y posterior internación.
Efector: Jefe del servicio (a) /Secretaria (b)
Lugar: Consultorio 21.



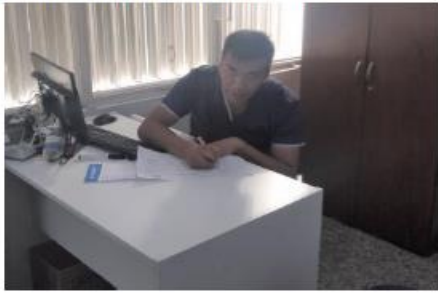
Paso 4: Admisión Hospitalaria:
Tareas: Generación de la H.C. para la internación del paciente quirúrgico, provisión de pulsera identificadoras.
Efector: Administrativo del servicio de internación.
Lugar: Oficina de internación de 6:00 a 6:30



Paso 5: Admisión del paciente:
Tareas: Recepción y armado de carpeta de internación (Estudios prequirurgicos, consentimiento informado firmado por el paciente y familiar, protocolo quirúrgico correspondiente).
Efector: Secretaria del servicio de cirugía y URPA.
Lugar: URPA de 6:30 a 7:00



Paso 6: Preparación del paciente:
Tareas: Revisión de estudios, control de parámetros, vestimenta adecuada para quirófano.
Efector: Medico y enfermero a cargo de la unidad.
Lugar: URPA.



Paso 7: Procesos para el acto quirúrgico:

Tareas: a) Traslado del paciente al quirófano b) check list.

Efector: a) Camillero. b) Circular de quirófano.

Lugar: Quirófano.

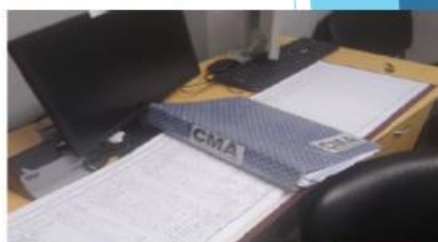


Paso 8: Acto quirúrgico:

Tareas: Proceso y protocolo anestésico, proceso y protocolo quirúrgico, Escala de Alderete.

Efector: Anestesista, Medico Cirujano.

Lugar: Quirófano.



Paso 9: Parte administrativa del

Medico en centro quirúrgico:

Tareas: Solicitud de anatomía patológica, historia clínica, llenado de protocolo quirúrgico.

Efector: Medico Cirujano.

Lugar: Quirófano 8:00 a 12:00



Paso 10: Proceso de recuperación del paciente:

Tareas: Traslado del paciente a la URPA.

Efector: Camillero.



Paso 11: Proceso de recuperación del paciente:

Tareas: a) Recuperación mediata (Cama).

b) Adaptación al medio (Sillón).

c) Evaluación y realización del PAAS.
+ 9 : Planilla de alta.

- 9 : Paciente pasa a la sala.

Urgencia: Paciente pasa a la UTI.

Efector: Medico y enfermero de la Unidad.

Lugar: URPA.



Paso 12: Consultorio de curaciones:

Tareas: Evaluación clínica, Curación de heridas, extracción de puntos, encuestas de satisfacción del paciente (7 días posteriores a la cirugía).

Efector: Enfermero asignado, Medico diagramado.

Lugar: Consultorio de curaciones de 8:00 a 10:30 3 er. piso. Edificio Avellaneda

Día 1 (paso 1 y 2) Día 3 (paso 4/11).

Día 2 (paso 3) Día 4 (paso 12)