

UNIVERSIDAD MÉDICA DE CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR. JOSÉ ASEFF YARA”



Título: Características clínicas de la cirugía mayor ambulatoria en pacientes del servicio de otorrinolaringología del Hospital Provincial de Ciego de Ávila.

Tesis en opción al título de especialista en 1er grado en
Otorrinolaringología.

Autora: Dra. Lianet Echemendía Arean.

Ciego de Ávila
2018

UNIVERSIDAD MÉDICA DE CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR. JOSÉ ASEFF YARA”



Título: Características clínicas de la cirugía mayor ambulatoria en pacientes del servicio de otorrinolaringología del Hospital Provincial de Ciego de Ávila.

Tesis en opción al título de especialista en 1er grado en Otorrinolaringología.

Autora: Dra. Dra. Lianet Echemendía Arean.

Aspirante a especialista de 1er grado en Otorrinolaringología.

Tutora: Dra. Arais Hernandez Flores.

Especialista de 1er grado en Otorrinolaringología. Profesor auxiliar.

Ciego de Ávila
2018

Resumen

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo, para determinar las características clínicas de la cirugía mayor ambulatoria electiva en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de otorrinolaringología en el Hospital Provincial General “Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido de febrero 2017 a septiembre 2018. El universo de estudio estuvo constituido por 433 pacientes que fueron anunciados para indicación quirúrgica de cirugía programada en el servicio de otorrinolaringología. Se utilizó cálculos de estadística descriptiva de media y desviación estándar. Predominaron las edades jóvenes en ambos sexos con mayores edades en los masculinos. La adenoamigdalectomía resultó la intervención realizada en la gran mayoría de los pacientes, sobre todo en edades infantiles. Casi la totalidad de los pacientes presentaron anestesia general, la que fue utilizada en la totalidad de los pacientes intervenidos por adenoamigdalectomía y laringoscopia directa, no así en los operados de amigdalectomía. Las únicas hospitalizaciones post egreso resultaron por hemorragia post operatoria ocurrida solo en dos pacientes y el costo de estadía hospitalaria se reduce en gran medida con la cirugía ambulatoria.

Palabras claves: Cirugía mayor ambulatoria, Otorrino-laringología, adenoidectomía, laringoscopia directa.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	6
▪ Marco teórico.....	7
▪ Método.....	17
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	20
▪ Referencias bibliográficas.....	29
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

Hasta hace pocos años, ser intervenido quirúrgicamente conllevaba de forma ineludible un periodo más o menos largo de hospitalización. Hoy en día, hay una gran cantidad de intervenciones para las que no se considera necesario permanecer en el hospital más allá de unas horas; son los procedimientos llamados Cirugía Ambulatoria (1,2).

Estos procesos han demostrado ser igual de seguros y efectivos que la cirugía convencional. Los servicios de anestesia o de cirugía ambulatoria, son seguros, convenientes y económicos, debido a ello en los últimos años se ha incrementado la práctica de este tipo de cirugía en todo el mundo (2,3). En Cuba y en nuestra ciudad, las técnicas de cirugía y anestesia ambulatoria son similares a las que se emplean convencionalmente, procurando reducir al máximo el traumatismo ocasionado, de forma que el paciente pueda regresar a su casa pocas horas después de la intervención (4,5).

Desde su introducción en Estados Unidos la Cirugía Mayor Ambulatoria ha crecido constantemente tanto en su disponibilidad como en su utilización. Así en el período comprendido entre 1979 y 1983 hubo un incremento del 57% en el número de programas que ofertaban cirugía ambulatoria. La utilización de estos programas llegaba hasta el 88% (2,3).

Si este crecimiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria se midiese por el número de centros independientes "freestanding" establecidos anualmente, el crecimiento también es impresionante. Así mientras en la primera mitad de los años 70 se inauguraron no más de 10 nuevos centros, en la segunda mitad de esta misma década el número aumentó significativamente hasta 20 centros abiertos el mismo año (2,3).

El crecimiento y la expansión de la Cirugía Mayor Ambulatoria en los Estados Unidos se produjeron por tres factores fundamentales. En primer lugar, la Cirugía Mayor Ambulatoria se convirtió en una modalidad de tratamiento quirúrgico totalmente aceptada tanto por el público, es decir por los pacientes, como por los

profesionales de la medicina, todos los cuales eran conscientes de que se trataba de una forma de cirugía sin riesgo añadido y con ventajas sobre la tradicional, sobre todo ventajas de tipo económico (2,3).

En segundo lugar, la Cirugía Mayor Ambulatoria fue un raro fenómeno en el que todos los que participaban en ella se beneficiaban. Los pacientes preferían este tipo de cirugía frente a la hospitalización porque era más rápida, menos molesta y se alteraba mínimamente la vida del propio paciente y de su familia. Estas ventajas y beneficios de tipo personal eran para ellos mucho más importantes que los beneficios económicos de los cuales, a pesar de todo, no eran ajenos (6).

Los cirujanos preferían también la Cirugía Mayor Ambulatoria porque era más directa, mas adecuadamente simplificada y proporcionaba una relación más personalizada con los pacientes. Además este sistema les ahorra tiempo que podían emplear en pacientes de mayor gravedad e importancia (6,7).

Las instituciones financieras se beneficiaban igualmente, por el hecho de que evitaban los gastos derivados de pernoctar en un hospital y también porque el tratamiento quirúrgico se realizaba con un menor coste que con el paciente hospitalizado. Por otra parte, la sociedad estaba orgullosa de los miembros de su comunidad médica ya que los consideraba actualizados e innovadores en lo que concernía a las necesidades de la salud pública que, en definitiva, eran sus propias necesidades. La sociedad mostraba una gran confianza en estos profesionales ya que se beneficiaba de su talante abierto, actualizado e innovador (6,7).

Finalmente, la Cirugía Mayor Ambulatoria era rentable. En efecto este tipo de cirugía se consideraba como probablemente el ejemplo más claro y más evidente de economía en el sistema de salud, en un momento en el que la totalidad del país consideraba este aspecto como algo esencial y fundamental. La sociedad americana a finales de los años 80 se encontraba muy bien informada en materia de sanidad, y era consciente de la necesidad de economizar en la administración de la salud pública (7-9).

La sociedad deseaba participar en su propio sistema de salud y en la toma de decisiones sobre su salud individual. Por tanto la sociedad entendía perfectamente la ventaja que suponía operarse, si estaba indicado, mediante Cirugía Ambulatoria. Lo entendía y además lo deseaba y frecuentemente insistía en operarse de esa manera. Los cirujanos, por consiguiente, no necesitaban convencer a los pacientes de que la Cirugía Mayor Ambulatoria era lo más apropiado y lo mejor para un determinado tipo de operaciones. Los pacientes en particular y la sociedad en general aprendió que era más fisiológico, más confortable y con menor pérdida de días de trabajo, el operarse ambulatoriamente en casos de intervenciones quirúrgicas de mediana complejidad. Esta mentalidad ciudadana respecto a su salud y a su trabajo desempeñó un papel muy importante en el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria (7-9).

Por lo que respecta a los cirujanos, estaban completamente convencidos que este tipo de Cirugía Ambulatoria era correcto y adecuado. Eran conscientes de que la fisiología del organismo retornaba a la normalidad más rápidamente en el postoperatorio de tipo ambulatorio. Además mentalmente los pacientes tenían una mejor predisposición frente a su enfermedad si se encontraban en su entorno familiar y en su propia vivienda. Todo esto determinaba además una más rápida incorporación a su actividad laboral habitual (9,10).

En otro orden de cosas, las instituciones financiadoras, tanto públicas como privadas, detectaron rápidamente en la Cirugía Mayor Ambulatoria una manera de controlar los elevados gastos derivados de la hospitalización en cirugía, lo que determinó que estimularan por todos los medios su utilización. Por un lado, incentivaron económicamente de manera importante su realización y, por otro, establecieron una lista de procedimientos que debían efectuarse, necesaria y obligatoriamente, mediante Cirugía Mayor Ambulatoria para que fuesen atendidos económicamente (10).

Reconociendo la efectividad y seguridad de la cirugía y la anestesia ambulatorias, además de sus beneficios económicos y morales para el paciente, al reducir costos y ofrecer la posibilidad de regresar rápidamente a su domicilio, resulta claro

que este tipo procedimientos se constituye en una opción muy favorable para quienes son objeto de una intervención considerada de mediano o bajo riesgo (11).

En este punto, es muy importante resaltar las bondades de la anestesia ambulatoria, pues las drogas de corta acción y las técnicas empleadas para satisfacer las necesidades de los pacientes, les permiten a éstos un retorno tranquilo a casa. Además, las personas cuentan con gran seguridad ya que el anesestesiólogo estudia y analiza el tipo de anestesia para cada caso en particular y decide cuál es el más recomendable para su aplicación: anestesia general, regional, local o sedación vigilada (12-14).

Al margen de las grandes ventajas de la cirugía y anestesia ambulatorias, no sobra anotar algunos aspectos relacionados con los trámites administrativos que el paciente debe realizar cuando el cirujano decide la realización de una intervención ambulatoria. No cabe duda de que un procedimiento óptimo solo es posible con la correcta y oportuna gestión de las personas (14,15).

Finalmente, hay que decir que el Éxito de la cirugía ambulatoria también depende de la aplicación que el paciente haga de las recomendaciones del cuerpo médico, sobre los cuidados que deben tenerse antes y después de la intervención y reducir al mínimo las complicaciones derivadas de la misma intervención quirúrgica (16-18).

En Cuba esta modalidad de atención a los pacientes portadores de una afección quirúrgica comienza en el año 1983 por el hospital Hermanos Almejeiras de Ciudad de la Habana (4). En la provincia de Ciego de Ávila específicamente en el hospital ALI se dan los primeros pasos para comenzar su ejecución en el primer trimestre del año 1985. Ya a finales del año 1988 el MINSAP edita el primer Programa Nacional de Cirugía mayor en pacientes ambulatorios. Como concepto la cirugía mayor ambulatoria según James E. David son operaciones realizadas en pacientes no hospitalizados bajo cualquier tipo de anestesia en los cuales es necesario o recomendable un periodo de recuperación u observación post operatoria del enfermo. Wallace Reed y John Ford la define como una atención

quirúrgica al paciente cuya operación es demasiado delicada para el consultorio del médico pero no tanto como para requerir hospitalización. Sobre la efectividad del método ambulatorio Cohen y Dillon dijeron “la seguridad del paciente no radica en si está hospitalizado o es ambulatorio. La seguridad es una actitud, y cuando se siguen buenos principios en la selección de los pacientes por el cirujano, con evaluación pre-anestésica y técnica anestésica cuidadosa, no hay motivos para esperar más complicaciones que en pacientes hospitalizados” (11).

Problema: Se desconocen las características clínicas de la cirugía mayor ambulatoria electiva en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de otorrinolaringología en el Hospital Provincial General “Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila.

OBJETIVOS

Objetivo General: Describir las características clínicas de la cirugía mayor ambulatoria electiva en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de otorrinolaringología en el Hospital Provincial General “Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas de interés.
2. Describir la patología de intervención y el tipo de anestesia utilizada en la muestra de estudio.
3. Describir variables de egreso, reingreso de pacientes de cirugía ambulatoria, complicaciones postoperatorias.
4. Describir ventajas económicas según ahorro en gastos de intervención para el método empleado.

MARCO TEÓRICO.

La organización de los servicios sanitarios ha experimentado a lo largo de las últimas décadas un proceso acelerado de cambio caracterizado por la introducción de una serie de innovaciones asistenciales. Entre ellas se encuentra la Cirugía Mayor Ambulatoria que, actualmente, constituye uno de los nuevos paradigmas de la asistencia sanitaria (6-10).

La implantación en España de la Cirugía Mayor Ambulatoria (Cirugía sin Ingreso) se está realizando de manera continua, progresiva e imparable de forma que, tanto el número de pacientes como el de procedimientos quirúrgicos subsidiarios de este tipo de cirugía, es cada vez mayor en todas las especialidades quirúrgicas, existiendo previsiones que indican que en los próximos años se realizará de esta manera un elevado porcentaje de la cirugía electiva (6-10).

La Cirugía Mayor Ambulatoria presenta unas claras, evidentes e indiscutibles ventajas, por lo que es imprescindible incorporar su estudio tanto a nivel del pregrado como en el periodo de especialización. Tanto los estudiantes de medicina como los residentes en periodo de especialización deben conocer este tipo de cirugía ambulatoria en el que el contacto con el paciente es completamente distinto, tanto en el pre como en el postoperatorio, al que se produce en la cirugía con hospitalización (6-10).

Desaparece por completo la estancia hospitalaria preoperatoria y con ella la posibilidad de efectuar en ese momento la historia clínica y la exploración del paciente. También desaparece la estancia postoperatoria hospitalaria con lo cual todo lo referente al control postoperatorio: tratamiento del dolor, cuidados de la herida, detección de posibles complicaciones, etc (6-10).

Podemos definir como "Cirugía Mayor Ambulatoria" (CMA) aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad que no exigen que el paciente ingrese con antelación a la operación, ni que tras la misma quede ingresado en el hospital. Es decir en la Cirugía

Mayor Ambulatoria el paciente acude al hospital el mismo día de la intervención y tras ésta regresa a su domicilio. También podemos definirla como una forma de realizar la cirugía en la que se atienden procesos quirúrgicos, realizados con cualquier tipo de anestesia y que requieren cuidados postoperatorios no intensivos y de corta duración, por lo que no necesitarían ingreso hospitalario y podrían ser dados de alta pocas horas después de finalizada la operación (6-10).

De manera sucinta podemos resumir los objetivos que persigue la Cirugía Mayor Ambulatoria de la siguiente manera. En primer lugar, conseguir una mayor comodidad y bienestar del paciente, puesto que altera e interfiere mínimamente con su vida familiar, ya que vuelve el mismo día de la operación a su entorno familiar en su propio domicilio. No necesita pues dormir en una cama hospitalaria sino que el enfermo duerme en su propia cama lo cual es una gran ventaja ya que “no existe mejor cama que la propia cama de uno mismo” (6-10).

En segundo lugar, este tipo de cirugía minimiza aquellas complicaciones que se podrían derivar del ingreso hospitalario. De ellas la más característica y la más típica es la infección hospitalaria o infección nosocomial. Pero además, elimina la ansiedad que produce el estar hospitalizado junto con pacientes de mucha mayor gravedad, y desaparece la sensación de soledad ocasionada por estar separado de su entorno familiar (6-10).

En tercer lugar, al no necesitar ingreso y por tanto cama hospitalaria, permite acortar el tiempo de espera para la cirugía, es decir el tiempo en donde el paciente se encuentra ubicado en una lista de espera quirúrgica. Finalmente, este tipo de cirugía permite racionalizar los recursos hospitalarios ya que, al no necesitar ingreso, las camas que estos enfermos tendrían que ocupar pueden ser destinadas para otros enfermos cuya intervención quirúrgica sí que lo requiera necesariamente (6-10).

Las intervenciones quirúrgicas que se realizan mediante Cirugía Mayor Ambulatoria se efectúan con las mismas técnicas quirúrgicas y

anestésicas con las que se efectuarían si se realizaran mediante hospitalización e ingreso. La única diferencia es que no ocupan ninguna cama hospitalaria, cosa que hasta este momento no era así: estas operaciones solían ocupar una cama hospitalaria durante un tiempo que oscilaba entre tres y ocho días, en el mejor de los casos (6-10).

En esa época las únicas intervenciones que se efectuaban sin ingreso eran operaciones quirúrgicas sobre pequeñas lesiones que tradicionalmente se venían efectuando con anestesia local, y que regresan de inmediato a su domicilio. Este tipo de cirugía constituye lo que denominamos “Cirugía Menor Ambulatoria” (6-10).

Podemos decir por tanto que el termino “Cirugía Mayor Ambulatoria” hace referencia al tratamiento quirúrgico sin ingreso de aquellas enfermedades que clásicamente se han tratado con hospitalización del paciente, quedand o excluidas de él los procesos que siempre se han tratado de manera ambulatoria y que, generalmente, corresponden a la extirpación de lesiones dermatológicas (6-10).

Es necesario insistir en que, la intervención quirúrgica se realiza siempre con las técnicas anestésicas e instrumentales habituales. No se trata pues de intervenir de forma distinta a como se hace con el enfermo hospitalizado (6-10).

A la Cirugía Mayor Ambulatoria se la denomina de muy diferentes maneras según las preferencias personales o las diferentes costumbres. Así encontramos denominaciones como “Cirugía Ambulatoria”, “Cirugía sin Ingreso”, “Cirugía de un Día”, “Cirugía de Pacientes Externos”, “Cirugía en el Mismo Día”, “Cirugía de Alta Precoz”, etc (6-10).

Evolución Histórica de da Cirugía Mayor Ambulatoria

La Cirugía Ambulatoria es tan antigua como la cirugía misma. Realmente la cirugía apareció antes que los propios hospitales para, posteriormente, incorporarse a estas instituciones. Los hospitales ya existían antes de la Era Cristiana en los Templos de los antiguos Dioses, los cuales se

utilizaban como casa de refugio para enfermos e inválidos y como escuela de aprendizaje para los médicos de la época (6-10).

En los primeros siglos de la Era Cristiana el número de estos hospitales fue creciendo. El florecimiento de las Ordenes Religiosas dio lugar a la creación de hospitales que, junto con los hospicios y escuelas, funcionaron como parte integral de los Monasterios. Durante toda la Edad Media, el Renacimiento e incluso después, los hospitales fueron dirigidos casi en su totalidad por comunidades religiosas y cumplían una misión benéfica, aportando ayuda espiritual y material a los pobres, mientras que las clases acaudaladas eran asistidas en sus propios domicilios (6-10).

Por tanto, la evolución histórica de la cirugía muestra que la necesidad de ingresar en un hospital nace de la creciente complejidad de las intervenciones quirúrgicas con todo lo que conlleva, no solo en el aspecto puramente técnico sino también anestésico, condiciones de asepsia, controles pre y postoperatorios rigurosos, etc (6-10).

La Cirugía Mayor Ambulatoria nace de la reflexión de que en las intervenciones que no sean de alta complejidad y que no tengan estas connotaciones que condicionen un ingreso hospitalario, este ingreso no sería necesario y por tanto podría evitarse. Eso sí dejando bien claro, como se ha resaltado al inicio del capítulo, que no se trataría de efectuar distintas indicaciones o diferentes técnicas quirúrgicas, ni diferentes procedimientos anestésicos. Y, por supuesto, efectuando el procedimiento quirúrgico con las mismas garantías que tendría si se realizara con ingreso, incluyendo la seguridad de la vigilancia durante el período postoperatorio (6-10).

Sin embargo, los orígenes de la Cirugía Mayor Ambulatoria hay que buscarlos a principios del siglo XX, en el año 1909 en el que James H. Nicoll publicó un trabajo, ya clásico, en el que se comunicaban los resultados de una experiencia llevada a cabo desde el año 1899 en el Glasgow Royal

Hospital For Sick Children, en el que se trataron quirúrgicamente y de forma ambulatoria hasta un total de 8.988 niños (19).

Las conclusiones de este trabajo indicaban, en primer lugar, que la mayoría de la cirugía infantil era subsidiaria de ser realizada de forma ambulatoria. En segundo lugar, que dada la edad de los pacientes la hospitalización podría presentar mas inconvenientes que ventajas y era mejor el seguimiento domiciliario por personal especializado, o bien mediante la creación de “Hoteles Sanitarios “ (concepto plenamente vigente en la actualidad), para permitir la permanencia de la madre junto a sus hijos lactantes o muy pequeños ya que la separación influía negativamente en la recuperación postoperatoria. Finalmente, concluía que, dado los buenos resultados obtenidos, esta práctica ambulatoria podría extenderse a los adultos sometidos a operaciones por hernia inguinal.

Posteriormente en 1919, el anestesiólogo R.M. Waters (20), 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 el pionero de las posteriores y modernas Unidades Independientes de Cirugía Mayor Ambulatoria que, como veremos posteriormente, se conocen con el nombre de Unidades tipo “freestanding”.

Mas tarde G. Hertzfeld (21), publicó una experiencia con más de 1.000 niños a los que se les realizó una herniorrafia con anestesia general, con excelentes resultados.

En 1955, E.L. Farquharson (12), publica una serie de 485 operaciones de hernia inguinal en adultos, intervenidos en Edimburgo de forma estrictamente ambulatoria, es decir con traslado a su domicilio inmediatamente después de la cirugía, recomendándoseles además la deambulacion precoz. Es de destacar que este trabajo se publicó en una época en donde, en el

Reino Unido, la estancia media hospitalaria para una hernia inguinal era de 10 días.

En 1956 R. Müller (23), describe un sistema ambulatorio para la realización de la flebectomía. En 1961 Stephens (24), diseñó por primera vez una organización de cirugía para pacientes no hospitalizados.

Estas experiencias iniciales de Cirugía Ambulatoria fueron rápidamente incorporadas y desarrolladas a partir de los años 60 en los Estados Unidos, en donde se vieron favorecidas por las características de su sistema de salud, en el que las compañías de seguros y los centros hospitalarios, tanto públicos como privados, intuyeron la magnitud de la reducción de gastos que este sistema conllevaría.

El primer programa moderno de Cirugía Ambulatoria se llevó a cabo en 1961 en el Butterworth Hospital de Grands Rapids (Michigan), y al año siguiente en la Universidad de California (Los Ángeles), donde los doctores D.D. Cohen y J.B. Dillon crearon otra unidad de Cirugía Ambulatoria. Para estos doctores la seguridad de una intervención quirúrgica con anestesia general no radicaba en que los pacientes estuviesen o no ingresados sino, fundamentalmente, en que estuvieran adecuadamente seleccionados y que intervención se hubiera realizado con una adecuada práctica quirúrgica y anestésica (10-12).

La consagración definitiva de este tipo de unidades de cirugía ambulatoria fue la creación y apertura de un centro llamado "Surgicenter", en Phoenix (Arizona) en 1969, por los doctores W. Reed y F. Ford (25),

Se trataba de una unidad independiente por completo y autosuficiente, que fue definida por ellos mismos como "un centro diseñado para ofrecer atención quirúrgica de calidad a pacientes, cuya operación sea demasiado delicada para realizarse en la consulta del cirujano, pero no tanto como para requerir hospitalización" (25).

La creación de “Surgicenter” representó una innovación en la asistencia sanitaria de los Estados Unidos, demostrándose que un centro totalmente independiente de un hospital podía prestar una asistencia de igual calidad pero con un menor coste (25).

Así ya en el año 1973, la Asociación Médica Americana [American Medical Association (AMA)] recomendó que los hospitales debieran ser diseñados, organizados y equipados, de manera que pudiera realizarse en ellos el mayor número de procedimientos quirúrgicos, en los que no se tuviera que hospitalizar a los pacientes (25)..

En 1974 se creó la Federated Ambulatory Surgery Association (FASA), y en 1984 se fundó la Society for Ambulatory Anesthesia (SAMBA) (25).

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es resultado de una modificación de la «forma» en que se realizaba la cirugía, y pudo ocurrir sólo cuando el pronóstico y la evolución posquirúrgica fueron similares a los obtenidos con el paciente ingresado, con lo cual se garantizó un salto cualitativo y cuantitativo de los servicios quirúrgicos (26,27).

Beneficios y Pronóstico.

Con este método se busca que el paciente se sienta en la comodidad del seno familiar, en su hogar, y a la vez, que la familia no necesite desplazarse para atenderlo; de manera que se evitan gastos innecesarios y se facilita que los pacientes puedan continuar realizando la mayor parte de sus actividades sociales y laborales (26-28).

El procedimiento tiene sus bases en preceptos éticos y médicos-morales, con respeto a las condiciones y el consentimiento informado del paciente. La modalidad no es nueva; se reconoce como la forma más antigua de la práctica quirúrgica, solo que ahora, ante la disyuntiva de los altos costos de la atención médica y la prestación de este servicio a la población, se retomó para tratar de encontrar una solución a la problemática económica (28,29).

Cuba, inmersa en importantes planes y metas de salud, no puede permanecer ajena a este renovador paso que aúna la atención primaria y la secundaria para permitir una asistencia médica ininterrumpida al paciente y disminuir los efectos emocionales y socioeconómicos en el seno familiar (29-31).

Algunos autores han considerado la incidencia de factores determinantes en la expansión de la cirugía mayor electiva ambulatoria (CMEA), entre los cuales se pueden mencionar (31-33):

- Rápida incorporación del paciente a la comodidad del hogar, lo cual facilita la tarea del cuidador.
- Evita la adquisición de infecciones nosocomiales.
- Resulta más económica, disminuye gastos a la institución, es más accesible a la población (variedad de precios).
- Libera espacios y camas (reutilización).
- Reduce las listas de espera para cirugía.

Cirugías más frecuentes en otorrinolaringología: Adenoamigdalectomía (adenoides y amígdalas), timpanoplastias (odo), rinoplastias (nariz), septoplastias

Complicaciones

En líneas generales, los pacientes ASA I y II son candidatos para realizarse procedimientos quirúrgicos en forma ambulatoria. Los pacientes portadores de diversas patologías pueden ser candidatos a una CA siempre y cuando tengan un manejo y control adecuado de su(s) enfermedad(es) de base, o bien, cuando es posible optimizar su condición basal y tratamiento con debida antelación antes de un procedimiento quirúrgico. Los pacientes ASA III podrían ser sometidos a una CA de bajo riesgo cardiovascular (riesgo menor al 1% de morbilidad cardiovascular) solamente si tienen un control y tratamiento óptimos de su(s) comorbilidad(es), ya que en caso contrario deberían quedar hospitalizados debido a que tiene un mayor riesgo de complicaciones postoperatorias (34,35).

En cuanto a los exámenes preoperatorios para este tipo de pacientes, existen estudios que confirman que en CA de bajo riesgo no es necesario solicitar exámenes de rutina, a menos que alguna patología del paciente lo amerite. Estos exámenes están alterados en menos de un 1% de los casos y, en caso de estar alterados, no se asocian con mayores complicaciones en el período postoperatorio. Sin embargo, cuando los exámenes preoperatorios están bien indicados, podrían reducir el riesgo perioperatorio al permitir optimizar el estado basal del paciente. Por lo tanto, para solicitar exámenes preoperatorios se deben utilizar los mismos criterios que aquellos empleados para pacientes quirúrgicos hospitalizados (36,37).

Actualmente las complicaciones más graves (falla respiratoria, infarto agudo al miocardio, trombo embolismo pulmonar) y mortalidad en CA son muy poco frecuentes. Se reportan mortalidades tan bajas como 1 en 11.273 pacientes, e índices de efectos adversos (morbilidad mayor) de 0,08% (38).

La mortalidad relacionada exclusivamente a la anestesia es muy infrecuente (39), especialmente en el contexto ambulatorio. Hoefflin et al.(40), reportaron más de 23.000 procedimientos quirúrgicos ambulatorios bajo anestesia general, sin complicaciones anestésicas mayores ni mortalidad. Por otro lado, Bitar et al.(41), reportaron 4.778 pacientes sometidos a cirugía plástica de forma ambulatoria, bajo sedación endovenosa, también sin complicaciones anestésicas mayores ni mortalidad. En Chile, Correa (42) reportó más de 20 años de experiencia en anestesia para procedimientos quirúrgicos ambulatorios, con 8.530 pacientes sometidos a sedación endovenosa y 220 a anestesia general, sin complicaciones anestésicas mayores ni mortalidad. En las tres series descritas la principal complicación fueron las náuseas y vómitos postoperatorias (NVPO) con una incidencia entre 0,2 y 25%; aunque otras series reportan hasta un 35% de incidencia (43,44).

Es por esto que se utilizan otros indicadores, que son más fidedignos, para evaluar los resultados de la cirugía ambulatoria (CA), como son el retardo del alta, la hospitalización no programada y la hospitalización post alta. Entre los factores

que se han asociado con retardo del alta hospitalaria destacan las NVPO y el dolor postoperatorio. Las NVPO también son la primera causa de hospitalización no programada en CA, además producen insatisfacción usuaria y reclamos de los pacientes en cirugía general, siendo un efecto adverso frecuente e importante de prevenir (45-49).

Los factores que se han asociado con riesgo elevado de hospitalización post alta de CA son la edad avanzada (≥ 65 años), enfermedad vascular periférica, cardíaca, cerebrovascular, oncológica y paciente VIH positivo. La anestesia general también se ha relacionado con riesgo aumentado de readmisión hospitalaria (50).

En resumen, la CA es cada vez más frecuente debido, entre otros beneficios, a sus menores costos, menor morbimortalidad y mayor satisfacción usuaria, y requiere de una cuidadosa selección de pacientes y de cirugías.

La evaluación preoperatoria permite realizar esta selección, teniendo en cuenta los riesgos asociados al paciente, principalmente sus comorbilidades y clasificación ASA, como también los riesgos asociados a la cirugía, especialmente el riesgo cardiovascular relacionado al procedimiento.

La morbilidad mayor y mortalidad son muy infrecuentes en CA, por lo que utiliza otro tipo de indicadores de resultados, como la hospitalización no programada, la hospitalización post alta, el retardo del alta hospitalaria y la satisfacción usuaria.

Las evidencias indican que la cirugía mayor ambulatoria es muy segura y, por sus bondades, es aceptada y solicitada por la población. La cirugía mayor ambulatoria programada en otorrinolaringología resulta segura y eficaz, y posibilita al familiar y al paciente la incorporación a la comodidad del hogar, exento de infecciones. Además de reportar ventajas económicas, hace posible el trabajo quirúrgico a pesar de que existan dificultades derivadas de remodelaciones o reconstrucciones de los hospitales.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo, para determinar las características clínicas de la cirugía mayor ambulatoria electiva en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de otorrinolaringología en el Hospital Provincial General “Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido de febrero 2017 a septiembre 2018. Para esto se tomó un control histórico conformado por una base de datos del departamento de otorrinolaringología que abarcó de enero del 2015 a diciembre del 2017.

Universo y muestra

El universo de estudio estuvo constituido por 433 pacientes que fueron anunciados para indicación quirúrgica de cirugía programada en el servicio de otorrinolaringología de la institución de estudio. Se trabajó con la totalidad del universo por cumplir con los criterios de inclusión y no presentar ninguno de exclusión.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes con edades comprendidas mayores de 3 años, anunciados para intervención quirúrgica electiva.
2. Pacientes que clasifiquen como “Estado Físico” I o II, según el sistema de puntuación del estado físico de la American Society of Anesthesiology (ASA) (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que presenten enfermedades vasculares periféricas, cardíacas, cerebrovasculares, oncológicas y/o VIH.
2. Pacientes con obesidad severa o con IMC superior a 40kg/m².
3. Factores de riesgo graves (descompensación de HTA, DM, asma, discrasias sanguíneas, psicopatías).

Metodología e intervención

Se registraron las variables de interés para el estudio según la encuesta de registro de información (ficha de vaciamiento) y se procesó la información obtenida, mediante el análisis de los datos. Para obtener los datos se consultó una base de datos perteneciente al departamento de otorrinolaringología que abarcó todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

Se recogieron además los números de historia clínica de los pacientes que reingresaron tras el alta médica y de los que presentaron complicaciones mayores ó menores. Para la valoración de datos en los reingresos y las complicaciones mayores, se revisaron las historias clínicas de estos pacientes (fuente de información primaria).

Métodos del nivel empírico:

Se empleó la revisión de documentos oficiales como método de recogida de información indispensable para el curso de la investigación.

Definición operacional de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	3-8 años 9-14 años 15-20 años 21-26 años 27-32 años 33-38 años 39 o más años	Según años cumplidos	Valor absoluto y medias
Sexo	Cualitativa	Masculino Femenino	Según sexo	Valor absoluto

	nominal dicotómica		biológico de pertenencia	y porcentaje
Patología intervenida.	Cualitativa nominal politómica	Laringoscopia directa. Amigdalectomía. Adenoidectomías Otras.	Según la patología de otorrinolaringol ogía de intervención.	Valor absoluto y porcentaje
Tipo de anestesia.	Cualitativa nominal dicotómica.	Anestesia local. Anestesia general.	Según el tipo de anestesia utilizada en la intervención.	Valor absoluto y porcentaje
Hospitalización no programada.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según ingreso no programado del paciente intervenido.	Valor absoluto y porcentaje
Hospitalización post alta.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según ingreso del paciente al centro luego de la intervención.	Valor absoluto y porcentaje
Complicaciones	Cualitativa nominal politómica	Vómitos. Nauseas. Taquicardia. Bradicardia. Hipertensión. Fiebre. Íleo paralítico. Hemorragia (sangrado postoperatorio) . Infección de la herida.	Según complicaciones presentadas en el postoperatorio.	Valor absoluto y medias

Costo de internación por paciente.	Cuantitativa continúa.	\$ 328.26	Según gasto unitario de la estancia de un día de hospitalización en el centro de estudio.	Valor absoluto y medias
------------------------------------	------------------------	-----------	---	-------------------------

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes. Se utilizó cálculos de estadística descriptiva de media y desviación estándar.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996). Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Pacientes según sexo y edad. Ciego de Ávila. 2018.

	Sexo	N	%	Media	Desv. típ.
Edad	Masculino	226	52,2	21,5	23,8
	Femenino	207	47,8	16,2	16,8
	Total	433	100,0	19,0	20,9

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes según las distribuciones del sexo y las medidas de tendencia central y de dispersión de las edades.

Se pudo observar un predominio de pacientes masculinos con 226 de ellos para un 52,2% del total mientras 207 eran féminas para el 47,8%.

La media de edades general de la serie resultó de 19 años y las edades se alejaron de esa media en 20,9 años como promedio teniendo en cuenta que los valores extremos de la serie fueron de 3 años para el mínimo y 88 para el máximo.

Los masculinos presentaron una media de edades superior con 21,5 años en comparación con los 16,2 años de las féminas además de presentar una mayor dispersión de las edades con 23,8 años sobre los 16,8 años de desviación típica para las mujeres.

En un estudio similar realizado por Daniel Moyano y colaboradores (51), este refiere que entre las características generales de los pacientes incluidos, existió un leve predominio del sexo masculino, con 58% del total de casos y la edad promedio fue de $8,4 \pm 6,2$, en un rango que va desde el año hasta los 45 años de edad.

En el estudio realizado en la Habana por Pérez López y col. (52), esta observó predominio de pacientes jóvenes (15 a 30 años y 31 a 46 años), lo cual está estrechamente relacionado con los criterios de selección en la Cirugía mayor ambulatoria en otorrinolaringología. En relación con el sexo, se observó un predominio del sexo masculino (54,9 %), lo que se debe a que las afecciones tratadas son frecuentes en este sexo.

En relación con el sexo, en cirugía encontramos referencias de autores nacionales (p. ej., Mederos y Rodríguez Rivero) y de autores extranjeros, donde se observa un predominio del sexo masculino (53,54).

Tabla 2. Pacientes según patología intervenida y edad. Ciego de Ávila. 2018.

	Patología intervenida	N	%	Media	Desv. típ.
Edad	Adenoamigdalectomía	270	62,4	6,1	2,7
	Laringoscopia directa	82	18,9	56,6	12,1
	Amigdalectomía	70	16,2	20,4	6,5
	Otras	11	2,5	45,4	15,9
	Total	433	100,0	19,0	20,9

La tabla 2 muestra la distribución de pacientes según las distribuciones de patología intervenida y las medidas de tendencia central y de dispersión de las edades.

Se pudo observar que más de la mitad de los pacientes fueron intervenidos de adenoamigdalectomía con 270 para un 62,4% del total, seguido por la laringoscopia directa y la amigdalectomía con 82 y 70 pacientes por ese orden que representaron el 18,9% y el 16,2% respectivamente.

La laringoscopia directa presentó la mayor media de edades con 56,6 años en contraste con la adenoamigdalectomía que presentó la menor de todas con solo 6,1 años de edad.

Daniel Moyano (51), refiere en su estudio que la adenoamigdalectomía sola o asociada a otras cirugías fue la intervención más prevalente, con 54,2% del total, seguida de la Amigdalectomía sola con un 31,9% de los casos.

Según refiere Pérez López (52), las técnicas quirúrgicas utilizadas dependieron de las patologías y de forma decreciente predominaron: la laringoscopia directa (26,9%), la amigdalectomía (19,7%) y la septoplastia (17,8%).

Tabla 3. Pacientes según tipo de anestesia y edad. Ciego de Ávila. 2018.

	Tipo de anestesia	N	%	Media	Desv. típ.
Edad	Anestesia local	60	13,9	23,3	10,6
	Anestesia general	373	86,1	18,3	22,0
	Total	433	100,0	19,0	20,9

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes según las distribuciones del tipo de anestesia y las medidas de tendencia central y de dispersión de las edades.

Se pudo observar que solo 60 pacientes fueron intervenidos con anestesia local para el 13,9% del total mientras que 373 eran abordados con anestesia general para un elevado 86,1%.

Los pacientes intervenidos con anestesia local presentaron una mayor media de edades con 23,3 años por los 18,3 años de los que fueron tratados con la variante general y esta última presentó mayor dispersión de las edades con 22,0 años.

En el estudio de Pérez López (52), esta refiere que la técnica anestésica más empleada fue la local, tópica e infiltrativa, con sedación (81,7 %).

En un estudio similar realizado en Mexico por Alvarado Gay (55), este observó que para la cirugía ambulatoria se utiliza anestesia general en el 30% de los pacientes, bloqueo epidural en el 25% y el resto con anestesia regional o local.

Tabla 4. Pacientes según patología intervenida y tipo de anestesia. Ciego de Ávila. 2018.

Patología intervenida	Tipo de anestesia				Total	
	Anestesia local		Anestesia general			
	No.	%	No.	%	No.	%
Adenoamigdalectomía	0	0,0	270	72,4	270	62,4
Laringoscopia directa	0	0,0	82	22,0	82	18,9
Amigdalectomía	57	95,0	13	3,5	70	16,2
Otras	3	5,0	8	2,1	11	2,5
Total	60	100,0	373	100,0	433	100,0

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes según el tipo de entidad sometida a intervención quirúrgica y la anestesia recibida.

Se pudo observar que los pacientes intervenidos con anestesia local se observaron en las patologías de amigdalectomía con 57 casos para un 95,0 y los otros 3 pacientes (5,0%) pertenecían a otras entidades. Los intervenidos por adenoamigdalectomía (270) y laringoscopia directa (82) se observaron todos en el grupo con anestesia general del que representaron el 72,4% y el 22,0% por ese orden.

Los pacientes portadores de diversas patologías pueden ser candidatos a una cirugía ambulatoria siempre y cuando tengan un manejo y control adecuado de su(s) enfermedad(es) de base, o bien, cuando es posible optimizar su condición basal y tratamiento con debida antelación antes de un procedimiento quirúrgico y el uso de la anestesia. La anestesia para CMA representa no sólo la anestesia de calidad sino la exquisitez, de forma que debe cuidarse al máximo hasta el menor detalle, para obtener los resultados deseados con rango mínimo de morbilidad y mortalidad. Se debe establecer la actuación en el paciente con riesgo de complicaciones, previniendo mediante profilaxis y tratamiento, y garantizar el

objetivo final, o sea la recuperación rápida en tiempo y forma, que posibilite el regreso al domicilio de manera cómoda y exenta de problemas (56).

Tabla 5. Pacientes según sangrado postoperatorio y hospitalización post alta. Ciego de Ávila. 2018.

Hemorragia (sangrado postoperatorio)	Hospitalización post alta				Total	
	Sí		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	2	100,0	0	0,0	2	0,5
No	0	0,0	431	100,0	431	99,5
Total	2	100,0	431	100,0	433	100,0

La tabla 5 muestra la distribución de pacientes según la ocurrencia de sangrado postoperatorio como complicación y la necesidad de la internación hospitalaria después del egreso.

Se pudo observar que solo 2 pacientes presentaron hemorragia postoperatoria para un bajo 0,5% del total, ambos se encontraron en el grupo que precisó hospitalización post egreso del que representaron el 100,0% ya que el sangrado resultó la causa del reingreso.

En el estudio de Daniel Moyano (51), este refiere que el noventa y nueve coma dos por ciento de los pacientes fueron dados de alta el mismo día y solo presentaron complicaciones 10 pacientes (10/815), para una tasa de complicaciones posoperatorias del 1,2%; en relación a las complicaciones, la mitad de ellas fueron hemorragia representando 0,6% del total de las intervenciones incluidas. Los otros 5 casos presentaron complicaciones diversas (fiebre, dolor, hiperemesis y edema agudo de pulmón de presión negativa), todas de curso benigno y autolimitado. No hubo mortalidad. Similar a lo encontrado en el presente estudio, donde la tasa fue de solo 0,5%.

A nivel internacional se ha publicado una tasa de complicación entre 0,6% y 7% (57). Un estudio en el año 1992, en Chile, mostró una tasa de complicaciones de 2,2% (58).

Una de las intervenciones frecuentes es la amigdalectomía, en la que la hemorragia es consecuencia inmediata de la cirugía. En la mayoría de los casos el sangrado se controla con hemostasia local por compresión y ligadura. En diferentes investigaciones se ha reportado que en la evolución posquirúrgica, el sangrado ocurre en las primeras 24 h (54,59). En la investigación de Pérez López (52), se presentó sangrado posoperatorio (1 a 3 h) en 2 pacientes, que fueron revisados en el salón. Uno de los pacientes presentó hipertensión arterial y otro tenía desgarro muscular. Ambos se controlaron con anestesia local y hemostasia por ligadura, lo que coincide con otros estudios reportados.

Tabla 6. Pacientes según medias de estadía y gasto hospitalario por tipo de intervención. Ciego de Ávila. 2018.

Tipo de intervención	Estadía		Gasto de hospitalización	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Intervención ambulatoria	1,0	0,2	332,8	66,9
Intervención no ambulatoria	3,3	0,7	1068,2	222,3

La tabla 6 muestra la distribución de pacientes según media de estadía hospitalaria por intervención ambulatoria y no ambulatoria, multiplicadas por el costo cada paciente en internaciones hospitalarias.

Se pudo observar que los pacientes intervenidos con cirugía ambulatoria presentan una estadía hospitalaria de 1 día con una desviación típica de 0,2 días ya que las reintervenciones hospitalarias fueron casi nulas por patologías intervenidas con este tipo de cirugía. Los pacientes intervenidos con cirugía no ambulatoria presentan una mayor media de estadía (3,3 días) y al analizar la media de gasto diario por uno u otro grupo, el costo por estadía hospitalaria de los pacientes intervenidos por cirugía no ambulatoria (1068,2 CUP), triplica el de los intervenidos con la variante ambulatoria (332,8 CUP).

Según reporta la bibliografía consultada, la cirugía ambulatoria reduce los costos hospitalarios en un 50%, se realizan menos pruebas de laboratorio preoperatorias y es menor el consumo de fármacos, en general reducen un 25% al 75% de costos globales por cada cirugía (60-63).

Pérez López (52), concluye que la cirugía mayor ambulatoria en otorrinolaringología resultó segura, eficaz, y permitió al familiar y al paciente la incorporación a la comodidad del hogar, sin la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias. Reporta ventajas económicas a la institución y al paciente.

Conforme a lo anterior, podemos afirmar que el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria con una baja tasa de complicaciones en un hospital de baja

complejidad, es un hecho posible. Surge como un esquema alternativo, cada vez más competitivo a la hospitalización convencional, sobre todo en la medida en que se objetivan buenos resultados en calidad y eficiencia. Los beneficios antes señalados la hacen muy recomendable, ya que no aumenta los riesgos para los pacientes y genera una mejor relación costo/beneficio tanto para el hospital como para el equipo y los usuarios del sistema.

CONCLUSIONES

Predominaron las edades jóvenes en ambos sexos con mayores edades en los masculinos. La adenoamidalectomía resultó la intervención realizada en la gran mayoría de los pacientes, sobre todo en edades infantiles. Casi la totalidad de los pacientes presentaron anestesia general, la que fue utilizada en la totalidad de los pacientes intervenidos por adenoidectomía y laringoscopia directa, no así en los operados de amigdalectomía. Las únicas hospitalizaciones post egreso resultaron por hemorragia post operatoria ocurrida solo en dos pacientes y el costo de estadía hospitalaria se reduce en gran medida con la cirugía ambulatoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón López, A.; Tortosa Sánchez, J.; Ferri Romero, F. y col. Nuestra experiencia en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp*, 61: 98-101. 1997.
2. Davis, J.E. The future of major ambulatory surgery. *Surg Clin N Amer*, 67:893-901. 1987.
3. Davis, J.E. Ambulatory surgery. How far can we go?. *Surg Clin N Amer*, 77:365-75. 1993.
4. Martínez Ramos, C.; Núñez, J.R.; Sanz, R. y col. Las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria y la formación quirúrgica del residente. *Cir May Amb*, 9 (4):18-23. 2015.
5. Martínez Ramos, C.; Sanz, R.; Cerdán, M.T.; Núñez, J.R. Encuesta de opinión sobre la Cirugía Mayor Ambulatoria en la formación del residente de especialidades quirúrgicas. *Educación Médica*, 7:140-146. 2015.
6. Parrilla Paricio, P.; Pellicer Franco, E. Cirugía mayor ambulatoria: ¿Una alternativa a la cirugía tradicional? *Med Clin (Barc)*, 100 Supl 1:40-41. 2013.
7. Sierra Gil, E. Cirugía ambulatoria. ¿Una solución?. *Med Clin (Bar)*, 98:579-81. 1992.
8. Sierra Gil, E. Las nuevas maneras en la cirugía actual. *Cir Esp*, 52: 167-8. 1992.
9. Sierra Gil, E. Cirugía ambulatoria y de corta estancia. ¿Cómo la hacemos?. *Cir Esp*, 58: 473-5. 1995.
10. Sierra Gil, E.; Colomer, J.; Pisiques, J. y col. Cirugía ambulatoria en un una unidad autónoma integrada en un hospital. Organización, funcionamiento y experiencia. *Cir Esp*, 52:255-60. 1992.
11. Jürgen Thorwald. "El siglo de los cirujanos". Ediciones Destino, S.A. 1958. Primera Edición en *Áncora y Delfín*. 1999
12. Farquharson EL. Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as an outpatient procedure. *Lancet* 1:517. 1955
13. Cohen D, Dillon JB. "Anesthesia for outpatient Surgery". *JAMA* 26: 1114. 1966.
14. Ford JL, Reed WA. "The surgicenter: an innovation in the delivery and cost of medical care". *Arizona Medicine*. 26: 801. 1969.

15. Reed WA, Crouch BL, Ford JL. Anesthesia and operations on outpatients. Clin. Anesth. 10: 335. 1974.
16. Royal College of Surgeons of England. Commission on the provision of Surgical Services. Guidelines for day case surgery. Londres: Royal College of Surgeons of England. 2014
17. Davis JE. Major Ambulatory Surgery. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN10: 0683023411. 2016
18. Jarrett P. Editorial. Ambulatory Surgery. 3: 1. 1995.
19. Nicoll, J.H. 1909. The surgery of infance. Br Med J, 2:753-4.
20. Waters, R.M. The downtown anaesthesia clinic. Am J Surg, 39:371-73. 1919.
21. Hertzfeld, G. The radical cure of hernia in infants and young children. E dinburgh Med J, 32: 281. 1925.
22. Farquharson, E.L. Early ambulation with special reference to herniorraphy as an outpatient procedure. Lancet, 1:517-19. 1955.
23. Müller, R. Ambulatory flebectomy. Ther Umsch, 49:447-50. 1956.
24. Stephens, F.O. An organization for outpatients' surgery. Lancet, 1. 1042. 1961.
25. Ford,J.L.; Reeed, W.A. The surgicenter: an innovation in the delivery and cost of medical care. Arizona Medicine. 26:801-4. 1969.
26. García-Roco Pérez O, Arredondo López M, Correa Moreno A. Cirugía mayor ambulatoria del trauma maxilofacial. Archivo Médico de Camagüey. [serie en Internet] 2003;7(1). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7n1/601.htm> [Consultado Diciembre 2016].
27. Ruesca Dominguez CM. Reflexión Etica en la práctica de la CMA. Revista Médica Electrónica [serie en Internet] 2007;29(1). Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revistamedica/ano2007/vol12007/tema12.htm> [consultada Marzo 2017].
28. Moreno Rajadel RE, Díaz González A, Figueroa Hernández J. Cirugía Mayor Ambulatoria en Otorrinolaringología. Rev Cubaba Cir. 2015;39(1):10-6.
29. Imanaka Y. Economics and policy of day surgery. Nippon Geka Gakkai Zasshi. 2015;101(10):697-702.

30. Becker S, Biala M. Ambulatory surgery centers, current business and legal issues. *J Health Care Finance*. 2015;27(2):1-7.
31. García-Roco Pérez O, Quintana Proenza A, Correa Moreno A, Quintana Marrero J. Cirugía mayor ambulatoria de glándulas salivales. *Archivo Médico de Camagüey*. [serie en Internet] 2004;8(6). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n6/856.htm> [consultado Marzo 2016].
32. Mederos Curbelo ON, León Chiong L, Romero Díaz CA, Mustafá García R, de Quesada L, Torres Hernández D. Resultados de la cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente Comandante Manuel Fajardo. *Rev Cubana Cir*. 1999;38(1):41-5.
33. Domínguez Lanuza JC. Estructura y funcionamiento de un servicio de cirugía mayor ambulatoria y de corta hospitalización. *Rev Cubana Cir*. 1999;38(1):46-51.
34. Gupta A. Preoperative screening and risk assessment in the ambulatory surgery patient. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2016;22:705-11.
35. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice G, American Society of E, American Society of Nuclear C, Heart Rhythm S, Society of Cardiovascular A, Society for Cardiovascular A, et al. ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). *Anesth Analg*. [Practice Guideline]. 2014;106:685-712.
36. Benarroch-Gampel J, Sheffield KM, Duncan CB, Brown KM, Han Y, Townsend CM, Jr., et al. Preoperative laboratory testing in patients undergoing elective, low-risk ambulatory surgery. *Annals of surgery*. [Evaluation Studies Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2016;256:518-28.
37. Nazar JC, Bastidas EJ, Lema FG. Exámenes preoperatorios de rutina en cirugía electiva: ¿cuál es la evidencia? *Rev Ch Cir*. 2014;66:188-93.

38. Warner MA, Shields SE, Chute CG. Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. JAMA. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2013;270:1437-41.
39. Gupta A. Strategies for outpatient anaesthesia. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. [Review]. 2014;18:675-92.
40. Hoefflin SM, Bornstein JB, Gordon M. General anesthesia in an office-based plastic surgical facility: a report on more than 23,000 consecutive office-based procedures under general anesthesia with no significant anesthetic complications. Plast Reconstr Surg. 2014;107:243-51; discussion 52-7.
41. Bitar G, Mullis W, Jacobs W, Matthews D, Beasley M, Smith K, et al. Safety and efficacy of office-based surgery with monitored anesthesia care/sedation in 4778 consecutive plastic surgery procedures. Plast Reconstr Surg. 2013;111:150-6; discussion 7-8.
42. Correa O. Anestesia en la consulta. Una experiencia personal. Revista Chilena de Anestesia. 2015;34:159.
43. Carroll NV, Miederhoff P, Cox FM, Hirsch JD. Postoperative nausea and vomiting after discharge from outpatient surgery centers. Anesth Analg. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1995;80:903-9.
44. Apfel CC, Philip BK, Cakmakkaya OS, Shilling A, Shi YY, Leslie JB, et al. Who is at risk for postdischarge nausea and vomiting after ambulatory surgery? Anesthesiology. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2015;117:475-86.
45. Gold BS, Kitz DS, Lecky JH, Neuhaus JM. Unanticipated admission to the hospital following ambulatory surgery. JAMA. 1989;262:3008-10.
46. Gundzik K. Nausea and vomiting in the ambulatory surgical setting. Orthopaedic nursing/National Association of Orthopaedic Nurses. [Review]. 2015;27:182-8.
47. 25. Gan TJ. Postoperative nausea and vomiting-can it be eliminated? JAMA. [Review]. 2014;287:1233-6.
48. 26. Gan T, Sloan F, Dear Gde L, El-Moalem HE, Lubarsky DA. How much are patients willing to pay to avoid postoperative nausea and vomiting? Anesth Analg. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2014;92:393-400.

49. Macario A, Weinger M, Truong P, Lee M. Which clinical anesthesia outcomes are both common and important to avoid? The perspective of a panel of expert anesthesiologists. *Anesth Analg.* [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2016;88:1085-91.
50. Fleisher LA, Pasternak LR, Lyles A. A novel index of elevated risk of inpatient hospital admission immediately following outpatient surgery. *Archives of Surgery.* [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2017;142:263-8.
51. Daniel Moyano M, y col. Resultados en cirugía mayor ambulatoria en otorrinolaringología realizada en un hospital de baja complejidad. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2014; 73: 51-56.
52. Pérez López G. y col. Cirugía mayor ambulatoria en otorrinolaringología: experiencia de 6 años. Hospital Clínicoquirúrgico «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba. diciembre del 2006.
53. Mederos Curbelo ON, León Chiong L, Romero Díaz CA, Mustafá García R, de Quesada L, Torres Hernández D. Resultados de la cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente Comandante Manuel Fajardo. *Rev Cubana Cir.* 1999;38(1):41-5.
54. Rodríguez Rivero A, Valdés Mesa PG, Armas Darias JC, Valdés Leyva FR. Comportamiento de la cirugía mayor aplicada a pacientes ambulatorios. *Rev Cubana Cir.* 2001;40(1)33-7.
55. Alvarado Gay F,J. la cirugía ambulatoria, una opción para mejorar la calidad de la atención. Experiencia por 15 años. México, D.F. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, vol. 11, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006, pp. 34-37.
56. Nazar C.J. y cols. Cirugía ambulatoria: selección de Pacientes y procedimientos quirúrgicos. *Rev Chil Cir.* Vol 67 - Nº 2, Abril 2015; pág. 207-213.
57. López G, Maite F. Adenoides y amígdalas. *Rev Chil Pediatr* 2001; 72 (3): 251-5.
58. Brunetto B; Castilla A y Sacaluga F. La adenoamigdalectomía como un procedimiento ambulatorio. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 1992; 52: 167-71.

59. Rodríguez Sola M, Moreno-Luna R, Medinilla A, Allely MD, García-Perla A, Esteban F. Presentación de un caso de Hemorragia Post-Amigdalectomia Tardía que requirió como tratamiento la ligadura de la arteria Carótida Externa. *Cir May Amb.* 2005;10(4):196-98.
60. García-Roco, Pérez O, Quintana P, Correa M, Quintana M. Cirugía mayor ambulatoria de glándulas salivales. *Archivo Médico de Camagüey*; [serie en Internet] 2004; 8(6).
61. Domínguez I. Estructura y funcionamiento de un servicio de cirugía mayor ambulatoria y de corta hospitalización. *Rev Cubana Cir* 1999; 38(1): 46-51
62. Pérez G, Sandó B, Peña E. Cirugía mayor ambulatoria en otorrinolaringología: experiencia de 6 años. *Rev Cubana Cir* [online]. 2008, vol.47, n.3 pp. 0-0. Disponible en: www.scielo.cl [Consultado el 10 de junio de 2010].
63. Wiikmann V, Passarelli F, Caniello M, Di Francescor, Miziara I. Complicações pós-operatórias em tonsilectomias. *Rev Bras Otorrinolaringología*, 2004; 70 (4): 446-51.

ANEXOS

Anexo I

Clasificación de estado físico, según Committee of the American Society of Anesthesiologist (A.S.A)

A.S.A I: Paciente normal y sano.

A.S.A II: Paciente con enfermedad sistémica ligera.

A.S.A III: Paciente con enfermedad sistémica grave, que limita sus actividades, pero no lo incapacita.

A.S.A IV: Paciente con enfermedad sistémica incapacitante, que constituye una amenaza para la vida.

A.S.A V: Paciente moribundo que no se espera que sobreviva más de 24 horas con cirugía o sin ella.

URGENCIAS (U): Paciente que pertenece a las clases anteriores y que será sometido a cirugía de urgencias.

FUENTE: Ronald Miller, 4^{ta} Edición. Anestesia. Editorial Harcourt Brace. 1998.

Anexo II.

Planilla de recogida de datos (ficha de vaciamiento)

Fecha: _____

Datos Generales:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección Particular: _____

Municipio: _____ Provincia: _____

Variables clínicas:

Patología intervenida:

_____ Laringoscopia directa.

_____ Amigdalectomía.

_____ Adenoidectomías

_____ Otras.

Tipo de anestesia:

_____ Anestesia local.

_____ Anestesia general.

Hospitalización no programada:

_____ Si

_____ No

Hospitalización post alta:

_____ Si

_____ No

Complicaciones postoperatorias:

_____ Vómitos.

Variables sociodemográficas:

Edad:

_____ 3-8 años

_____ 9-14 años

_____ 15-20 años

_____ 21-26 años

_____ 27-32 años

_____ 33-38 años

_____ 39 o más años

Sexo:

_____ Masculino

_____ Femenino

- | | |
|---|--|
| <p>_____ Nauseas.</p> <p>_____ Taquicardia.</p> <p>_____ Bradicardia.</p> <p>_____ Hipertensión.</p> <p>_____ Fiebre.</p> <p>_____ Íleo paralítico.</p> <p>_____ Hemorragia (sangrado postoperatorio).</p> <p>_____ Infección de la herida.</p> | |
|---|--|