
ARTÍCULOS ORIGINALES

206

Manuel Cortiñas Sáenz^a
Paloma Lobo Abascal^b
M. José Fajardo Castillo^a
Antonio Amescua Recover^b
Alfonso López Pérez^a
Gaspart González de Merlo^b
Llanos Martínez Gómez^a

^aSección de Anestesiología y Reanimación. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital General Universitario de Albacete. Albacete. España.

^bServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario de Albacete. Albacete. España.

Correspondencia:

Dr. M. Cortiñas Sáenz.
Emperatriz Eugenia, 26, 7 C. 18003 Granada. España.
Correo electrónico: stl967523977@wanadoo.es

Fecha de recepción: 7/1/2008.

Aceptado para su publicación: 18/11/2008.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los resultados de un programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en ginecología.

Material y métodos: Estudio retrospectivo del período 2002-2006. Las intervenciones incluidas fueron histeroscopias quirúrgicas y esterilizaciones tubáricas laparoscópicas. Se han analizado diversos indicadores de calidad (índice de sustitución, suspensión, ingresos, reingresos) y las complicaciones sistémicas y quirúrgicas que surgieron dentro de la primera semana tras la cirugía.

Resultados: Mil doscientos catorce pacientes fueron intervenidos por el Servicio de Ginecología en el período indicado, con un índice de sustitución global del 90%. El índice de ingresos tras la cirugía fue 1,15%. Diez pacientes presentaron complicaciones graves, lo que representa un riesgo proporcional de 1:121. En 35 pacientes aparecieron complicaciones de menor gravedad que requirieron su ingreso hospitalario. Las complicaciones ginecológicas graves ocurrieron en 2 casos.

Resultados de un programa de cirugía mayor ambulatoria en ginecología

Results of an ambulatory surgery program in gynecology

Conclusiones: A pesar del cumplimiento de los requisitos óptimos, existe un porcentaje pequeño de complicaciones postoperatorias de gravedad variable.

PALABRAS CLAVE

Cirugía mayor ambulatoria. Anestesia. Ginecología.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes of an ambulatory surgery program in gynecological diseases.

Material and methods: We performed a retrospective study of patients who underwent surgical hysteroscopy or laparoscopic tubal sterilization from January 2002 to December 2006. Several quality indicators (substitution, cancellation, admission and readmission rates) and the systemic and surgical complications appearing in the first week after surgery were analyzed.

Results: During the study period, 1,214 patients underwent surgery in the gynecology service, with a global substitution rate of 90%. The admission rate after surgery was 1.15%. Severe complications occurred in 10 patients, representing a proportional risk of 1:121. Less severe complications requiring hospital admission occurred in 35 patients. Severe gynecological complications occurred in 2 patients.

Conclusions: Despite compliance with optimal requirements, there was a low rate of postoperative complications of variable severity.

KEY WORDS

Outpatient surgery. Anesthesia. Gynecology.

INTRODUCCIÓN

Ser intervenido quirúrgicamente, hasta hace pocos años, llevaba aparejado ineludiblemente un período más o menos largo de ingreso hospitalario. Actualmente, los procedimientos llamados de cirugía mayor ambulatoria (CMA) permiten que el paciente no esté en el hospital más de unas horas. Esta modalidad quirúrgica ha demostrado similar seguridad y efectividad que la cirugía convencional¹. De esta manera, se obtiene un aumento del bienestar del paciente y su familia, con una disminución del coste por proceso al acortar la estancia hospitalaria, con unas complicaciones derivadas de esta actitud prácticamente despreciables².

A pesar del cumplimiento de los requisitos óptimos, existe un porcentaje pequeño de complicaciones que pueden surgir una vez que el paciente ha recibido el alta hospitalaria³. Aun así, la mortalidad es prácticamente nula y el índice de complicaciones es muy bajo⁴. El análisis de los ingresos hospitalarios tras la CMA como indicador de posibles complicaciones permite conocer los fallos del programa y prevenirlos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un hospital público de 752 camas, con un área sanitaria de 325.000 habitantes. El período de estudio com-

prende desde el 1 de enero de 2002 hasta el 31 de diciembre de 2006.

Los pacientes incluidos en el estudio fueron todos aquellos intervenidos por el Servicio de Ginecología y Obstetricia en régimen de CMA. Se recogió la comorbilidad asociada cuantificada por la escala de la American Society of Anesthesiologist (ASA). Se excluyó del régimen quirúrgico de CMA a los pacientes con estado físico basal muy deteriorado por la comorbilidad asociada, aquellos catalogados por el Servicio de Anestesiología como ASA III no estables y ASA IV. En nuestro protocolo de CMA incluimos las intervenciones de esterilizaciones tubáricas laparoscópicas, histeroscopias diagnósticas y quirúrgicas, conizaciones con asa de diatermia y pequeña cirugía ginecológica que precisa el apoyo de diferentes técnicas anestésicas (anestesia general o locorregional). Tras la preparación preoperatoria con la canalización de vía periférica, se realizó profilaxis antiemética con ondasentrón 4 mg por vía intravenosa y ansiolisis con midazolam 1 mg por vía intravenosa. No se realizó profilaxis antibiótica. La técnica anestésica se realizó según el criterio del anestesiólogo responsable. Todos los procedimientos se han realizado con anestesia general, locorregional neuroaxial y local con sedación. El equipamiento técnico para utilizado para realizar los procedimientos fue un equipo de histeroscopio de flujo continuo de 5,5 mm con canal operatorio para histeroscopia diagnóstica y pequeña cirugía y resector de 9,9 mm para la cirugía mayor, con corriente monopolar utilizando la glicina como medio de distensión. Un equipo laparoscópico de Jacob-Palmer de 10 mm, con canal operatorio que permite realizar electrocoagulación tubárica utilizando un solo puerto infraumbilical en la mayoría de los casos. Actualmente, en nuestro centro se realizan en régimen de CMA:

- Histeroscopia diagnóstica que requiere anestesia, bien por deseo de la paciente, bien por imposibilidad de realizarse en consulta por estenosis cervical insalvable, mala tolerancia o elevado riesgo médico.

- Histeroscopia quirúrgica que, por problemas técnicos, no se puede realizar en consulta (polipectomías, miomectomías, resección de tabiques, adhesiolisis y resecciones endometriales).

- Esterilización tubárica laparoscópica.
- Cirugía vulvar menor.

208

- Conización con asa de diatermia que no se puede realizar en consulta por dificultades técnicas.
- Punciones foliculares de pacientes en programa de fecundación in vitro.

En las pacientes sometidas a CMA, la primera fase del control postoperatorio se realizó en la unidad de recuperación postanestésica (URPA) y, posteriormente, en las salas de readaptación al medio y tras cumplir los criterios generales de alta se trasladaron a su domicilio. La pauta de analgesia domiciliaria consistió en todas las pacientes en una combinación de paracetamol e ibuprofeno, junto a protección gástrica con ranitidina, salvo que existieran contraindicaciones relativas o absolutas al uso de alguno de los principios activos. A las 24 h del alta hospitalaria se realizó una llamada telefónica para conocer su evolución. Se realizó una encuesta de satisfacción a la paciente y a la familia, y de evitación de trastornos familiares con esta modalidad de cirugía sin ingreso.

Las variables estudiadas fueron el índice de sustitución, el índice de suspensiones, la tasa o el índice de ingresos, las complicaciones mayores y las complicaciones menores.

El índice de sustitución es el porcentaje de intervenciones realizadas en régimen de CMA respecto al total de intervenciones practicadas en la hospitalización convencional.

El índice de ingresos son los pacientes programados en régimen de CMA y que requieren ingreso hospitalario no planificado desde la URPA, definidos como ingresos precoces, o desde la sala de readaptación al medio, considerados como ingresos tardíos.

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

El índice de reingresos son los pacientes que, tras el alta hospitalaria, ingresan en el hospital por alguna complicación mayor o menor. Las complicaciones mayores se pueden definir como la respuesta adversa con potencial para provocar un daño grave. Se registraron la hemorragia mayor, la angina prolongada, el dolor torácico atípico, el infarto agudo

de miocardio, el accidente cerebrovascular, el broncoespasmo, bloqueo auriculoventricular, el coma hiperglucémico, la tromboflebitis, la neumonía, el shock anafiláctico, la pancreatitis aguda, la insuficiencia cardíaca descompensada y las taquiarritmias. Las complicaciones menores se pueden definir como las respuestas adversas con mínimo potencial para producir un daño grave. Se registraron la hemorragia menor, el dolor de la herida quirúrgica, el cólico renouretal, el síncope de diversa etiología, el dolor lumbar mecánico, la retención urinaria, la reacción alérgica, la cefalea pospunción dural, los vértigos, los vómitos, la fiebre, la infección de la herida quirúrgica, el íleo paralítico, la crisis de ansiedad, la reagudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la infección respiratoria y la infección urinaria. Las complicaciones se recogieron a través del Servicio de Urgencias en el período de 7 días posteriores al alta; se trata del único hospital público de nuestra zona sanitaria, por lo que el número de complicaciones mayores recogidas en el estudio se puede considerar real (no se han perdido datos), pero el número de complicaciones menores ha podido presentar sesgos porque existe la posibilidad de que algunas hayan sido subsanadas en atención primaria y no hayamos tenido conciencia de su aparición.

Se realizó un seguimiento durante un período de 30 días para la variable mortalidad. Se recogieron los incidentes anestésicos o quirúrgicos graves durante el período de estudio. Se cuantificaron el número de episodios de infección de herida quirúrgica y el día de su aparición tras el alta hospitalaria.

Se procedió a la revisión de las historias clínicas de los pacientes que presentaron complicaciones mayores mediante los programas informáticos HP, HIS y HP DOCTOR. Para evaluar las complicaciones en el período de estudio, el análisis utilizado fue la prueba de la χ^2 de tendencias, en la que se obtuvieron *odds ratio* (OR) anuales y sus intervalos de confianza (IC), teniendo como referencia el primer año del estudio. Para realizar estos cálculos utilizamos el programa informático Epiinfo.

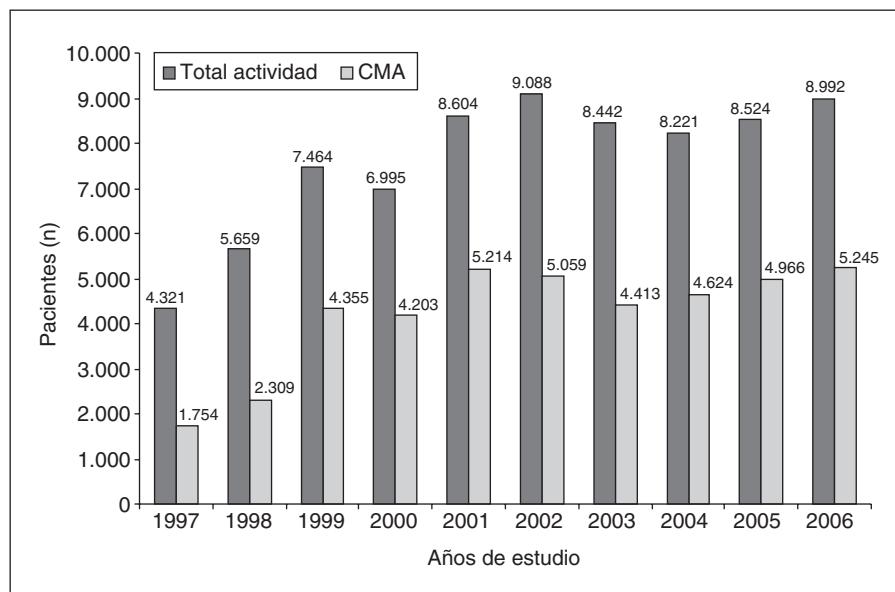
RESULTADOS

El número total de procedimientos quirúrgicos realizados en régimen de CMA por el Servicio de

Tabla 1. Número de intervenciones e índices de estudio por años de estudio

	2002	2003	2004	2005	2006
N.º intervenciones	168	245	258	252	291
Índice sustitución	93,45	94,28	94,96	99,21	95,53
Índice ingresos	2,97	1,22	0,77	0,75	0,71
Inmediatos	4	2	2	0	2
Tardíos	1	1	0	2	0
Índice suspensión	7,33	5,01	5,81	12,61	4,67
Índice reingresos	4,16	2,85	3,87	4,36	3,59

El número de intervenciones e ingresos inmediatos y tardíos se expresan en número de absolutos casos.
Los índices de sustitución, ingresos, suspensión y reingresos se expresan en porcentaje.

**Figura 1.** Actividad quirúrgica global y en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Ginecología en el período del estudio fue de 1.214. La distribución por años se expone en la tabla 1. Esta actividad supone un 5,16% del total de intervenciones en régimen de CMA de nuestro hospital (fig. 1).

El índice de sustitución superior al 90% en todo el período de estudio representa que la práctica totalidad de las histeroscopias quirúrgicas y las esterilizaciones tubáricas laparoscópicas que se programan en nuestro servicio se realizan en régimen de CMA. El único criterio de exclusión para CMA fue el riesgo anestésico elevado, dado que las pacientes ASA III no estables y IV se han programado en régimen de ingreso hospitalario.

El número de pacientes que requirió ingreso hospitalario no planificado fue de 14, lo que representa un índice de ingreso global durante el período de estudio del 1,15%. Este índice ha ido disminuyendo paulatinamente hasta alcanzar un 0,71% en 2006. Diez pacientes requirieron ingreso inmediato, desde la URPA. El resto, que representa un 28,57% del total de los ingresos, lo hicieron de forma tardía desde la sala de readaptación al medio. La evolución de los índices de ingreso se expone en la tabla 1.

El número de intervenciones programadas no realizadas fue de 87, lo que constituye un índice de suspensión global del 7,16%. Las causas más frecuentes de suspensión fueron las médicas, que re-

210

Tabla 2. Causas de suspensiones por años de estudio

	2002	2003	2004	2005	2006
Causas médicas	10	7	11	17	6
Causas paciente	4	4	4	11	5
Causas institución	1	1	0	4	2

Las cifras expresadas reflejan los números absolutos de casos de suspensiones.

Tabla 3. Complicaciones mayores expresadas en número absoluto de casos por años de estudio

	2002	2003	2004	2005	2006
Hemorragia mayor	0	0	0	0	0
Angina prolongada	1	0	0	0	0
Dolor torácico atípico	0	1	0	0	0
Infarto de miocardio	0	0	0	0	1
Accidente cerebrovascular	0	0	0	1	0
Broncoespasmo	0	0	1	0	0
Bloqueo auriculoventricular	0	0	0	0	0
Coma hiper-hipoglucémico	1	0	0	0	0
Tromboflebitis	0	0	0	1	0
Neumonía	0	1	0	0	0
Shock anafiláctico	0	0	0	0	0
Pancreatitis aguda	0	0	0	0	0
Insuficiencia cardíaca descompensada	0	0	0	1	0
Taquiarritmias	0	0	0	0	1
Complicaciones totales	2	2	1	3	2

presentan un 58,6% del total. El índice de suspensión fue marcadamente elevado en 2005 (12,61%), debido a un aumento de suspensiones por causas médicas intercurrentes y a la no comparecencia de la paciente el día de la cirugía. En 2006, después de instaurar un programa de refuerzo de citación telefónica, se consiguió disminuir el índice de suspensión hasta un 4,67%, el más bajo de todo el período de estudio (tabla 2).

El índice de reingreso global por complicaciones mayores y menores en la serie fue de 45 pacientes (3,76%). El riesgo de complicaciones mayores tras histeroscopias fue de 1 de cada 30 procedimientos, mientras que en el caso de ligaduras tubáricas se eleva a 1 de cada 486 intervenciones.

Las complicaciones mayores en los 7 días posteriores al alta aparecieron en 10 (0,82%) pacientes. El 80% de las complicaciones mayores se produjeron en el grupo de pacientes sometidas a histeroscopia quirúrgica. Las complicaciones cardiovasculares fue-

ron las más frecuentes y ocurrieron en 5 pacientes: 1 infarto de miocardio, 1 angina prolongada, 1 dolor torácico atípico, 1 insuficiencia cardíaca descompensada y 1 caso por taquiarritmia. Otras complicaciones mayores fueron 1 caso de broncoespasmo, 1 caso de neumonía adquirida en la comunidad, 1 caso de accidente cerebrovascular, 1 caso de descompensación glucémica y 1 caso de tromboflebitis. Solamente 2 complicaciones (dolor torácico atípico y la crisis de broncoespasmo) sucedieron en pacientes a las que se les había realizado esterilización tubárica laparoscópica. No se registraron complicaciones mayores hemorrágicas o infecciosas relacionadas directamente con la cirugía. En la tabla 3 se expone el total de complicaciones mayores y su evolución en el tiempo.

El riesgo de complicaciones menores tras una histeroscopia es de 1 de cada 12 procedimientos, mientras que en el caso de ligaduras tubáricas se eleva a 1 de cada 64 intervenciones. Se registraron

Tabla 4. Complicaciones menores expresadas en número absoluto de casos por años de estudio

	2002	2003	2004	2005	2006
Hemorragia menor	2	1	1	3	4
Dolor herida quirúrgica	1	0	5	1	0
Cólico renouretral	0	0	0	0	1
Síncope de diversa etiología	0	1	0	0	0
Dolor lumbar mecánico	1	1	0	1	0
Retención urinaria	0	1	0	0	0
Reacción alérgica	0	0	0	1	0
Cefalea pospunción dural	1	0	0	1	0
Vértigos	0	0	0	0	1
Vómitos	0	1	0	0	1
Fiebre	0	0	0	0	0
Infección herida quirúrgica	0	0	0	0	0
Íleo paralítico	0	0	0	1	0
Crisis de ansiedad	0	0	0	0	0
Reagudización EPOC	0	0	0	0	1
Infección respiratoria	0	0	1	0	0
Infección urinaria	0	0	2	0	0
Complicaciones totales	5	5	9	8	8

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Tabla 5. Odds ratio (OR) de tendencias para las complicaciones por año de estudio

Año	OR	IC del 95%
Complicaciones mayores		
2002	1	–
2003	0,69	0,31-2,20
2004	0,32	0,13-1,06
2005	1	–
2006	0,58	0,22-1,74
Complicaciones menores		
2002	1	–
2003	0,68	0,36-1,21
2004	0,85	0,43-1,42
2005	0,94	0,49-1,65
2006	1	–

IC: intervalo de confianza.

complicaciones menores en 35 (2,88%) pacientes, en 18 relacionadas con la cirugía ginecológica: 11 pacientes con hemorragia menor y 7 pacientes con dolor en la herida quirúrgica. La tabla 4 refleja el total y la evolución de las complicaciones menores en la serie para la esterilización tubárica laparoscópicas y la histeroscopia quirúrgica. La tabla 5 expre-

sa las OR de complicaciones mayores y menores por año de estudio y, como se observa, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en su evolución.

Durante el período de estudio se registraron una laparotomía exploradora por lesión vascular de una arteria ilíaca en una esterilización tubárica laparoscópica y una histerectomía por perforación y sangrado persistente en una histeroscopia quirúrgica.

Se realizó una encuesta de satisfacción a las 24 h de la intervención. El 96,89% de las encuestadas afirmó que volvería a intervenirse en régimen de CMA. El 70,59% de las pacientes reconoció que la CMA le evitaba importantes trastornos familiares.

DISCUSIÓN

La CMA es uno de esos raros fenómenos socioeconómico-políticos de los que todos los participantes se benefician, en el sentido de que la sociedad demanda y se interesa por estos procedimientos, los cirujanos y los pacientes se sienten satisfechos de los resultados y los gestores sanitarios alientan y promocionan la creación de estas unidades⁵. Desde mediados de los años noventa, el Sistema Nacional

212

de Salud Español estableció la CMA como un objetivo prioritario⁶. La CMA está adquiriendo en todos los sistemas nacionales de salud un gran auge en las últimas décadas, no sólo debido a los avances médicos y a la disminución de costes que representa. La aceptación por parte de los usuarios, al ser un proceso más ágil y humanizado, con una menor desestructuración del núcleo familiar, y disminuir la sensación de angustia y despersonalización que supone un ingreso hospitalario⁷. Desde 1987 hasta hoy, el número de unidades de CMA ha ido aumentando progresivamente, hasta llegar a los 144 centros en el país en la actualidad⁸.

Desde entonces, se ha producido un desarrollo imparable de estas unidades en nuestro entorno; así, en nuestra área de salud, el índice de sustitución es superior al 90% para los procedimientos indicados. La cirugía ginecológica en régimen de CMA ha experimentado un incremento en los últimos años⁹. Los procesos que con mayor frecuencia se llevan a cabo son legrados, conizaciones con asa de diatermia o bisturí frío, biopsias de mama, algunas histeroscopias diagnósticas y las quirúrgicas, esterilizaciones tubáricas laparoscópicas y laparoscopias diagnósticas y quirúrgicas¹⁰.

La histeroscopia quirúrgica y la esterilización tubárica laparoscópica son las técnicas que mayoritariamente realizamos en la CMA y cumplen criterios de inclusión en ésta al tratarse de cirugías mínimamente invasivas, con baja tasa de complicaciones locales y sistémicas, y pocas contraindicaciones anestésicas¹¹. En nuestro hospital, la sección de mama está a cargo del Servicio de Cirugía General, por lo que nuestra casuística no incluye patología mamaria. Los legrados obstétricos y ginecológicos urgentes no se realizan en la unidad de CMA, porque está ubicada en un edificio situado a 3 km del que alberga la urgencia obstétrico-ginecológica y la hospitalización de nuestro servicio.

Para obtener resultados satisfactorios en estas unidades es importante contar con un circuito bien estructurado, realizar una selección adecuada de pacientes y procedimientos, informar extensamente a los pacientes y motivar a los profesionales¹².

El índice de ingresos es uno de los indicadores más importantes a la hora de analizar los resultados de un programa de CMA. Depende del tipo de cirugía realizada, de la curva de aprendizaje y del tipo de unidad de CMA. Los ingresos no planificados

deben evitarse en CMA no sólo por su coste, sino por los problemas que causan al paciente y su familia. Los datos publicados en la literatura científica cifran este indicador entre 1-11%, dependiendo del tipo de cirugía y unidad¹³. Nuestro índice de ingreso del 1,1% es bajo comparado con otras series de la literatura científica^{4,11,14}, aunque tenemos que tener en cuenta que sólo realizamos laparoscopias de bajo grado de complejidad, como son las esterilizaciones tubáricas laparoscópicas. En cualquier caso, nuestro bajo índice de ingresos no planificados y su disminución progresiva a lo largo de los años de estudio podrían reflejar una buena estandarización de los procedimientos y de la selección de pacientes. Hasta la fecha, la laparoscopia diagnóstica y quirúrgica no se ha incluido dentro de la CMA y estamos valorando la inclusión algunas técnicas de antiincontinencia. Entre los factores que favorecen la disminución de los ingresos no planificados cabe destacar: la optimización del momento del día para ciertas intervenciones, la investigación sobre la existencia de soporte adecuado de la paciente en su domicilio tras el alta y el tratamiento agresivo del dolor, las náuseas y los vómitos¹⁵⁻¹⁸.

Consideramos elevado el índice de suspensión global obtenido (7,16%) en el período de estudio. Si bien este es uno de los datos que se recogen con mayor dificultad en las series analizadas en la literatura científica, oscila entre el 0,9 y el 13%^{4,10}. En nuestra casuística, la mayoría de las suspensiones se debieron a causas médicas intercurrentes (58,6%) y causas atribuibles a las pacientes (32,18%). Es reseñable el elevado índice de suspensiones por renuncia de la paciente o no comparecencia el día de la cirugía en el grupo de esterilización tubárica, que puede denotar la falta de convencimiento de las pacientes sobre el método de planificación elegido, renunciando en el último momento a someterse a una intervención mayor sin estar enfermas. Todos los esfuerzos que se realicen para disminuir la tasa de suspensiones son de gran importancia para mejorar los resultados de la CMA. Por ello, tras analizar nuestros datos y constatar un incremento del índice hasta el 12,61% en el año 2005, se estableció un programa de refuerzo de citación en 2006 que consistió en telefonear a las pacientes la semana previa a la intervención para insistir en algunos aspectos de la preparación quirúrgica, como la suspensión de tratamientos médicos antiagregantes y la necesidad

de comunicar la presencia de enfermedades intercurrentes en los días previos a la intervención, así como confirmar el deseo de la paciente a someterse a la cirugía programada y se consiguió disminuir el índice de suspensión a un 4,67%, el más bajo de toda nuestra serie.

El índice de reingresos es un indicador que refleja el grado de funcionamiento de las unidades y está relacionado con la correcta selección de pacientes y procedimientos¹⁹. En este trabajo presentamos el 0,86% de reingresos, índice bajo, que a lo largo de los años del estudio se ha estabilizado, a pesar de la inclusión de pacientes con mayor patología de base. Se debe destacar que la inclusión de pacientes con mayor comorbilidad es la probable causa de que los riesgos proporcionales de la histeroscopia quirúrgica sean mucho más elevados que los de la ligadura tubárica. Así, cuando los criterios de selección de pacientes son óptimos, con técnicas quirúrgicas y anestésicas adecuadas no cabe esperar más complicaciones que en pacientes con ingreso hospitalario; así, el seguimiento periódico de las OR de complicaciones puede ser un instrumento útil para constatar la calidad y la evolución en el tiempo de la asistencia sanitaria prestada²⁰.

En nuestra serie, el 80% de las complicaciones mayores ocurrieron en el grupo de pacientes sometidas a histeroscopia quirúrgica. La incidencia de infección y hemorragia tras histeroscopia es baja²¹. No se registraron complicaciones mayores derivadas directamente del procedimiento quirúrgico, como hemorragia mayor. La mayoría de ellas estuvieron relacionadas con la patología de base que presentaban las pacientes. Se debe resaltar la ausencia de complicaciones en nuestra serie tras intervenciones tipo laparoscopia, como la omalgia, por irritación del peritoneo diafrágmatico y producida por el CO₂ residual, y de alteraciones sensitivomotoras en brazos, manos o piernas, por hiperextensión o compresión

sión de plexos nerviosos debido a posiciones inadecuadas sobre la mesa quirúrgica.

El 51,4% de las complicaciones menores registradas en nuestra serie se relacionaron con el procedimiento quirúrgico; las más frecuentes fueron la hemorragia menor y el dolor de la herida. El resto de las complicaciones menores fueron atribuibles a reagudizaciones de enfermedades médicas preexistentes y a problemas anestésicos y de manejo del dolor.

Un elevado porcentaje de intervenciones quirúrgicas ginecológicas reúnen las condiciones adecuadas para llevarse a cabo dentro de un programa de cirugía menor o mayor ambulatoria. En un futuro cercano, gran cantidad de procedimientos se realizarán en este régimen ambulatorio^{22,23}; algunos equipos hoy en día realizan la hysterectomía vaginal simple sin plastias vaginales y la hysterectomía subtotal laparoscópica en modalidad de CMA²⁴. Nuestro objetivo en un futuro próximo es incluir en régimen de CMA nuevos procesos relacionados con la cirugía vaginal y endoscópica.

Los perfiles estadísticos sobre patrones asistenciales se conocen como indicadores clínicos y constituyen un valioso instrumento para la evaluación y continua mejora de la calidad asistencial²⁵. Estos datos reflejan globalmente que con una adecuada selección de pacientes y procedimientos, con una extensa información a las pacientes y con un buen protocolo de analgesia postoperatoria, la cirugía ginecológica realizada en régimen de CMA obtiene buenos resultados y un alto índice de satisfacción para pacientes y profesionales. En nuestro medio, queda patente la necesidad de mejorar el circuito de recogida de las complicaciones y de los problemas menores que no generan ingresos ni consultas a los servicios de urgencias hospitalarios; quizás con un mejor nexo con la medicina primaria se podría evitar esta zona de penumbra.

BIBLIOGRAFÍA

- Ansorena L, Maestre JM, Ramos F, Ostazola JM. Auditoría de costes en una unidad de cirugía mayor ambulatoria. Cir Esp. 1996;60:262-7.
- Rodríguez A, Guillermo P, Armas JC, Valdés FR. Comportamiento de la cirugía mayor aplicada a pacientes ambulatorios. Rev Cubana Cir. 2001;40:33-7.
- Cortiñas M, Martínez LL, Vega F, Parra R, Ayelo A, Geronimo M. Experiencia de siete años e indicadores de calidad en una unidad de cirugía mayor ambulatoria. Cir May Amb. 2006;11:184-8.
- Collopy B, Rodgers L, Williams J, Jenner N, Roberts L, Warden J. Clinical indicators for day surgery. Ambul Surg. 1999;7155-7.

214

5. Rutkow IM. International comparison of ambulatory surgery: status in the United States. *Chirurg.* 1995;66:480-6.
6. Lamata F. La CMA en el nuevo Sistema Nacional de Salud. *Cir May Amb.* 2004;9: 9-11.
7. Galindo Palazuelos M, Peraza Sánchez M, Ramos Goicoechea JF, González Fernández I, Castro Ugalde A, Manso Marín J. Resultados de un programa de cirugía mayor ambulatoria en el manejo anestésico. *Cir May Amb.* 2003;8:151-7.
8. Sancho F, Rivas F, Fatás JA, Giner M, Gutiérrez R, Marín JA, et al. Estado actual de la cirugía mayor ambulatoria en España, encuesta nacional. *Cir May Amb.* 1999;4:441-58.
9. Porrero Carro JL. Cirugía mayor ambulatoria. Manual Práctico. 2.^a ed. Madrid: Ediciones Doyma; 2002.
10. Papaceit J, Olona M, Ramón C, García-Aguado R, Rodríguez R, Rull M. Encuesta nacional sobre manejo preoperatorio y criterios de selección de pacientes en las unidades de cirugía mayor ambulatoria españolas. *Gac Sanit.* 2003;17:384-92.
11. Pardo JF, Izquierdo D, Crespo J, Viñoles J, Pellicer A. Catálogo de indicaciones endoscópicas para la cirugía mayor ambulatoria ginecológica. *Cir May Amb.* 2003;8:80-6.
12. Moral L, Alonso M. Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en España. En: Porrero JL, editor. *Cirugía mayor ambulatoria.* 2.^a ed. Madrid: Ediciones Doyma; 2002.
13. Morales R, Esteve N, Casas I, Blanco C. Why are ambulatory surgical patients admitted to hospital? Prospective study. *Ambu Surg.* 2002;9:197-205.
14. Deulofeu P, Garrido JF, Sintes MD, Sánchez P. UCMA Ginecológica: experiencia de 10 años. *Cir May Amb.* 2006;11:74-8.
15. Crews JC. Multimodal pain management strategies for office-based and ambulatory procedures. *JAMA.* 2002;288:629-32.
16. Pavlin DJ, Chen C, Penalosa DA. Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. *Anesth Analg.* 2002;95:627-34.
17. Gan TJ, Meyer T, Apfel CC, Chung F, Davis PJ, Eubanks S, et al. Consensus guidelines for managing postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg.* 2003;97:62-71.
18. Fortier J, Chung F. Unanticipated admission after ambulatory surgery- a prospective study. *Can J Anaesth.* 1998;45:612-9.
19. García MP, Moreno N, Lázaro J, Peláez P, Marcos A, Hidalgo M. Complicaciones domiciliarias de la cirugía mayor ambulatoria. *Salud Rural.* 2003;20:19-27.
20. Recomendaciones de la Asociación Internacional de Cirugía Ambulatoria (International Association for Ambulatory Surgery). *Cir May Amb.* 2004;9:13-5.
21. Loffer MD. Cirugía mayor ambulatoria de la paciente ginecológica y obstétrica. *Clín Quir NA* (ed. esp.). 1987;4:809-23.
22. Marín Morales J. Presente y futuro de la CMA en España. En: Guía de actuación en cirugía mayor ambulatoria. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, 2002.
23. Themistoklis M, Downes E. Ambulatory gynaecology: What can we do? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005;19:647-61.
24. Russo CA, Owens P, Steiner C, Josephsen J. Ambulatory Surgery in U.S. Hospitals, 2003. HCUP Fact Book No. 9. AHRQ Publication No. 07-0007. January 2007.
25. Jessee WF. The evaluation of quality measurement in surgery. From standards to indicators. *Swiss Surg.* 1995;1:24-8.