# Cirugía Ginecológica Ambulatoria

Evaluación del servicio de Cirugía Ginecológica Ambulatoria de CAFAM durante marzo de 1980 a marzo de 1983

Dres.: Alvaro Jiménez Becerra\* y Laureano Marín Ardila\*\*.

#### I. INTRODUCCION

La Cirugía Ambulatoria en CAFAM se define como: "Aquellos procedimientos quirúrgicos que a juicio del médico tratante, se pueden hacer bajo anestesia general o local, durante tiempo de hospitalización corto y cuyo postoperatorio mediato y tardío, excento de riesgos mayores, no requiere vigilancia permanente, médica o de enfermería, pudiéndolo cuidar un familiar cercano en su respectivo domicilio, con controles posteriores en los consultorios de CAFAM" (1).

La Caja de Compensación Familiar CAFAM, atendía consulta externa para prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, desde 1965 hasta 1980, pero el tratamiento tanto quirúrgico como médico hospitalario, debía ser asumido en su totalidad por el paciente o su familia. Las estadísticas demostraban, que de la totalidad de la población que

requería cirugía, solo un  $25.3^{\circ}$ /<sub>o</sub> en promedio se intervenían (2).

Las causas más frecuentes que explicaban este fenómeno eran:

- Los altos costos hospitalarios que ocasionaban una intervención quirúrgica, ya que el 70º/<sub>o</sub> de la población que atiende CAFAM corresponde a clase media y baja.
- La paciente aducía la imposibilidad de alejarse del hogar por tiempo mayor de un día, debido al traumatismo que esto ocasionaba.
- La atención que ofrecen los Seguros Sociales y las Cajas de Previsión a la mujer no empleada, se limita sólo a los riesgos por maternidad, sin extenderse a ningún tipo de cirugía.

El funcionamiento de la Sala de Laparoscopia, para diagnóstico y ligadura de trompas, durante algunos meses de 1979 en CAFAM, fue la base para que progresivamente se hicieran intervenciones ginecológicas, que se detallarán en el presente estudio, así como cirugía de otras especialidades.

<sup>\*</sup> Ginecólogo Subdirección de Salud —CAFAM—

<sup>\*\*</sup> Ginecólogo. Jefe de Cirugía Ambulatoria. Subdirección de Salud –CAFAM–

#### II. MATERIAL Y METODO

Se revisaron las historias de 758 pacientes, que habian sido sometidas a 963 procedimientos quirúrgicos ginecológicos en CAFAM desde marzo 23 de 1980 a marzo 22 de 1983.

Las pacientes fueron sometidas a una detallada historia médica y ginecoobstétrica y a un cuidadoso examen físico, después de lo cual, en base a la impresión diagnóstica, se solicitaban los siguientes exámenes de laboratorio:

- Cuadro hemático
- Eritrosedimentación
- Parcial de orina
- Tiempo de coagulación
- Protrombina
- Glicemia

Para las mayores de 50 años, se solicitaba, cuando se consideraba necesario:

- Electrocardiograma
- Radiografía del Tórax
- Valoración Cardiológica

Con estos datos, se determinaban los riesgos operatorios y postoperatorios. (3) (4).

En colaboración con la Sección de Trabajo Social, se establecían las condiciones ambientales y culturales que permitieran el cuidado de la paciente en su casa, las facilidades de transporte y comunicación telefónica del usuario y del cirujano.

# A. Información para la Paciente:

Durante la consulta, se le informa a la paciente del tipo de cirugía, duración promedio y posibles complicaciones, intra y postoperatorias. Se recalcan las ventajas médicas, familiares y económicas de una hospitalización corta, ya que

es voluntaria la elección por la paciente para una cirugía de corta estancia en CAFAM, o para una hospitalización convencional en clínica privada. Se obtiene su autorización por escrito y se le da un manual de instrucciones generales preoperatorias, que incluye dieta, aseo, forma de presentación en la sala de cirugía, transporte y comunicación con el médico, etc.

La salida es autorizada, tanto por el cirujano, como por el anestesiólogo. En este momento, se insiste a la paciente y a los acompañantes, sobre los cuidados y signos de alarma del postoperatorio y dependiendo del tipo de cirugía, se entregan instrucciones por escrito y siempre se les cita a control en los consultorios de CAFAM, a los ocho días. En los casos en que el anestesiólogo o cirujano crean conveniente, se hace visita domiciliaria al día siguiente.

#### **B. Recursos Humanos:**

- Seis ginecólogos (16 horas diarias de consulta externa).
- Un médico Jefe de Cirugía
- Un anestesiólogo
- Un ayudante de cirugía
- Una Enfermera Jefe
- Una Instrumentadora
- Cuatro Auxiliares de Enfermería
- Una Secretaria
- Auxiliares de Aseo

#### C. Recursos Físicos:

El servicio de Cirugía Ambulatoria de CAFAM, cuenta con:

- Una Sala de Cirugía
- Una Sala de Recuperación Anestésica con dos camillas.

- Dos salas de internación con capacidad para ocho camas.
- Un vestuario de personal
- Una sala de espera para familiares
- Dos baños y un depósito

En cuanto a la dotación de la Sala de Cirugía, además del equipo básico de un área quirúrgica, se cuenta con equipo de monitoreo, desfibrilador, unidad electro-quirúrgica, microscopio quirúrgico, laparoscopio, equipo de RX portátil y equipos adecuados para otras especialidades (6).

# IÍI. ANALISIS DE LA CIRUGIA GINECOLOGICA AMBULATORIA EN CAFAM

# A. Relación de la Cirugía Ginecológica con el total de Cirugías en CAFAM:

El total de Cirugías Ambulatorias en CAFAM, en el período estudiado, fue de 3.902. El total de Cirugías Ginecológicas fue de 963 correspondiéndole un 24.7°/<sub>o</sub>. La variación por año es como sigue:

Cuadro No. 1

Año	Cirugías Ginecológicas	Total	%
1980*	194	691	28.0
1981	335	1.379	24.2
1982	355	1.465	24.2
1983**	79	367	21.5
Total	963	3.902	24.7

<sup>\*</sup> A partir del 23 de marzo de 1980.

Hay disminución progresiva del porcentaje de cirugías ginecológicas en relación al total de cirugías debido a:



- 1. Se inició el programa con cirugía ginecológica.
- 2. Existía un remanente de pacientes para intervenir.
- Con el paso del tiempo se incrementó, el número y tipo de cirugía de otras especialidades, en base a los buenos resultados obtenidos hasta el momento.

La cirugía ginecológica ocupó el primer lugar entre todas las especialidades.

### B. Clasificación Socio-Económica

Para la fecha del trabajo, CAFAM tenía clasificados a los pacientes en cinco grupos socio-económicos de la siguiente manera:

- A. Con ingresos menores de \$ 10.000.00
- B. Con ingresos de \$ 10.000.00 a \$ 17.999.00.
- C. Con ingresos de \$ 18.000.00 a \$ 24.999.00.
- D. Con ingresos de \$ 25.000.oo a \$ 31,999.oo.

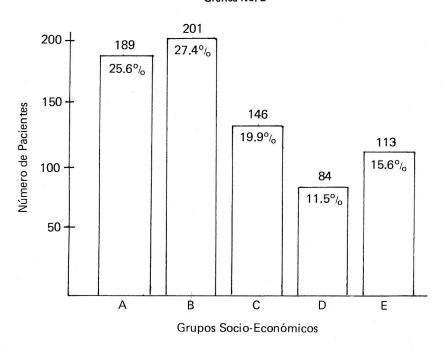
<sup>\*</sup> Hasta marzo 22 de 1983

# E. Con ingresos de \$ 32.000.00 o más.

El 73% de los pacientes tenían ingresos familiares inferiores a \$ 25.000.00

con lo cual se cubrió uno de los objetivos del programa como era abaratar costos y mayor cubrimiento, para personas de menores ingresos.

Gráfica No. 2



#### C. Clasificación por Edades:

Se distribuyeron las pacientes en grupos de edad de 5 años, desde las menores de 15 años hasta las mayores de 61, puesto que se intervinieron pacientes de todos los grupos etáreos. Se aprecia una mayor incidencia en las pacientes entre 25 y 50 años, edad en la que hay mayor patología ginecológica benigna, y mayor frecuencia de esterilización quirúrgica.

La paciente más joven intervenida fue una niña de 10 meses y la de mayor edad de 68 años. La distribución por edad es como sigue en la gráfica 3.

# D. Clasificación por Embarazos:

En la Gráfica No. 4, vemos la distribución de las pacientes de acuerdo al número de embarazos.

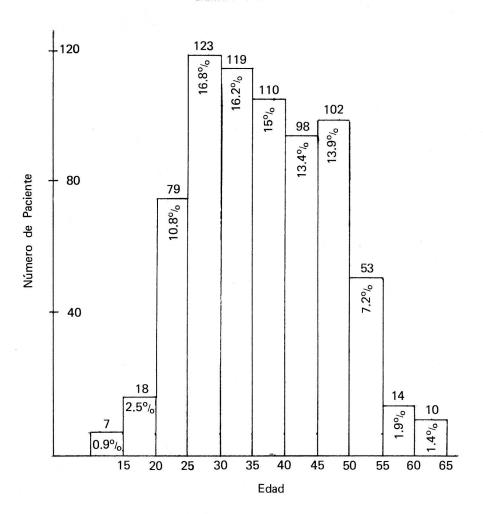
#### E. Diagnósticos:

En la Gráfica No. 5, se clasifican los diagnósticos y sus porcentaies.

# F. Procedimientos Quirúrgicos:

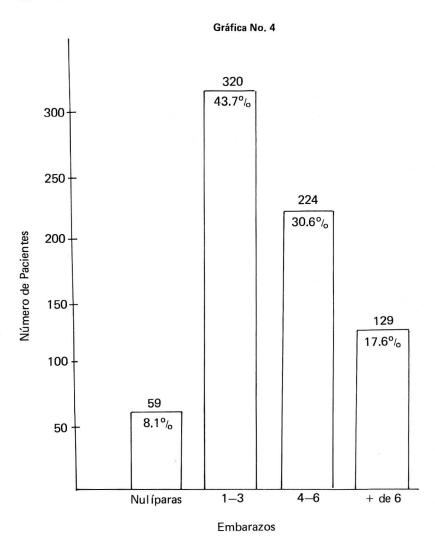
Se especifican los procedimientos quirúrgicos, practicados en la Gráfica No. 6.

Gráfica No. 3



El procedimiento más frecuente, fue el raspado uterino, como diagnóstico y tratamiento. En segundo lugar, la esterilización quirúrgica por laparoscopia, cu-yo número no es mayor, si tenemos en cuenta que Profamilia realiza estos procedimientos más económicamente desde años anteriores.

Merece especial mención, el hecho de que se hayan intervenido 123 pacientes, para colporrafia antero-posterior, además de dos operaciones de Manchester, cinco miomectomías y once extirpaciones de quistes de ovarios, sin apoyo hospitalario, lo que hace que nuestro servicio sea diferente a otros programas

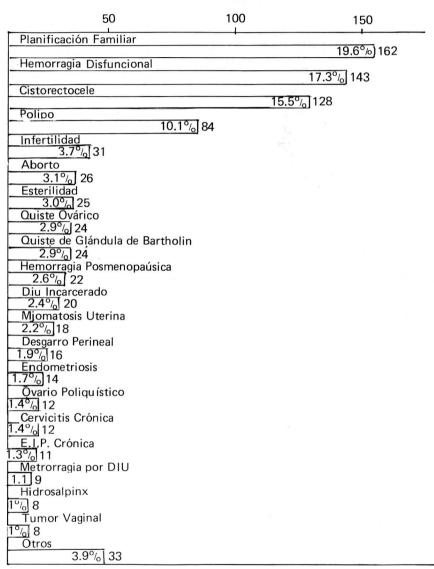


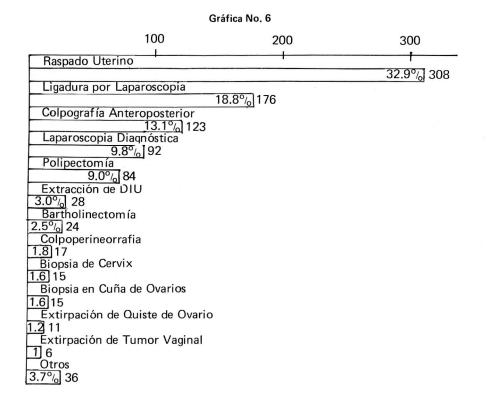
de cirugía ginecológica ambulatoria (3) (10).

Se aclara que el número de pacientes, es diferente al número de cirugías, porque en algunos casos, se les practicó más de una cirugía simultánea o en fecha diferente. Del total de 733 pacientes, a 132 de ellas, se les practicaron 2 o más procedimientos quirúrgicos simultáneos. Las combinaciones más frecuentes fueron:

Polipectomía y Raspado – 68 Pacientes.

#### Gráfica No. 5





- Laparoscopia y Raspado 13 pacientes.
- Laparoscopia y Colporrafias 12 pacientes.

Es de destacar, la práctica simultánea de cirugías, tales como:

- Colporrafias y Bartholinectomías
- Ligadura por Laparoscopia y operación de Manchester
- Miomectomía y Oforectomía

# G. Complicaciones:

En los 963 procedimientos quirúrgicos, se presentaron 9 complicaciones,

lo que equivale al  $0.95^{\circ}/_{\circ}$ , discriminado así:

- Desgarro de Trompas de Falopio, durante ligadura por Laparoscopia: 3 pacientes.
- Perforación uterina durante raspado:
   2 pacientes.
- -- Şangrado en el postoperatorio inmediato de Colporrafias: 2 pacientes.
- Sangrado persistente posterior a extracción DIU: 1 paciente.
- Incontinencia urinaria: 1 paciente.

Una sola paciente requirió hospitalización, lo que equivale al 0.1% del

total de pacientes. No hubo mortalidad, cifra comparable con la experiencia de otros países (5) (7).

## H. Anestesia:

Se intervinieron todas las pacientes con anestesia general a excepción de una, con anestesia peridural, y una con anestesia local (9).

Del total de pacientes, solo 57 requiquieron intubación orotraqueal.

Los métodos anestésicos empleados se detallan a continuación:

## Anestesia Regional

Anestesia	peridural	1
Anestesia	local	1

#### Anestesia General Endovenosa

Valium Ketalar	198
Alfatesin	41
Tiopental	16
Total:	255
Ketalar	86
Quelicin	7

#### Anestesia General Inhalatoria

Halotano	489
Enfluorano	6
Total:	495
Inducción	
Alfatesin	226
Penthotal	161

#### IV. RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se hizo una evaluación, del servicio de Cirugia Ginecológica Ambulato-

- ria de CAFAM, durante 3 años, desde su iniciación en marzo de 1980 a marzo de 1983.
- Se estudiaron 733 pacientes, a quienes se les practicaron 963 procedimientos quirúrgicos ginecológicos ambulatorios.
- Se informa de los análisis y evaluación de las pacientes, en sus aspectos médicos, socio-económicos, culturales y ambientales, que las hacen aptas para el programa de cirugía ambulatoria (8).
- Le corresponden a la cirugía ginecológica ambulatoria, 24.7% del total de cirugía realizada en el programa, lo que la ubica en el primer lugar.
- El 73% de las pacientes intervenidas están comprendidas entre los grupos socio-económicos A, B, C, que corresponde a la población con ingresos menores de \$ 25.000.00
- Se realizó, una amplia variedad de procedimientos ginecológicos, ocupando los primeros lugares el:
  - Raspado uterino
  - Ligadura de trompas
  - Colpoperincorrafia ant-posterior
  - Laparoscopia diagnóstica

Merece especial mención, el haber practicado 123 Colporrafias anteroposteriores y además, operaciones de Manchester, Miomectomías y extirpaciones de quistes de ovarios sin apoyo hospitalario.

- Todos los procedimientos fueron realizados con anestesia general, a excepción de uno con anestesia peridural y uno con anestesia local.
- 8. El tiempo quirúrgico, osciló entre 15 y 90 minutos.

- La mortalidad fue nula y la morbilidad, alcanzó el 0.95%, la hospitalización post-quirúrgica fue del 0.1%.
- 10. El tiempo de internación quirúrgica osciló entre 2 y 10 horas.
- Con este trabajo, se demuestra la bondad de los programas de cirugía ambulatoria ginecológica en CAFAM.

#### V. BIBLIOGRAFIA

- ROZO R.G. Directiva Programa Cirugía Simplificada CAFAM. 1980.
- 2. Evaluación de Cirugía Simplificada. Sección Especialidades CAFAM. 1982.
- LOFFER F.D. Outpatient Gynecological Surgery Int. Anesthesiol. Clin. 20 (1); 81–8. Spring 1982.
- 4. BERRY F.A. Preoperative Assessement and General Management of Outpatients

- Int. Anesthesiol. Clin. 20 (1): 3–15, Spring 1982.
- BRUNS K. Postoperative Care and Review of Complications. Int. Anesthesiol. Clin. 20 (1): 27–34. Spring 1982.
- O'DONOVAN TR. Hospital Ambulatory Surgical Units, Int. Ansethesiol. Clin. 20 (1): 125–34. Spring. 1982.
- NATOFF HE. Complications Associated with Ambulatory Surgery. JAMA: 244 (10): 1.116-8, Septiembre 5 de 1980.
- BURN JM. Responsible use of Resoirces: Day Surgery. Br. Med. J; 286 (6363): 492-3, febreror 5 de 1983.
- WONG HC. General Anesthesia for Ambulatory Surgery. Int. Anesthesiol. Clin: 20 (1): 27–49, Spring 1982.
- DETMER D.E. Sounding board. Ambulatory Surgery: N. Engl. J. Med. 305 (23): 1406-9, Dec. 3 1981.