

Caracterización de los pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria en el Hospital General Universitario “Vladimir Ilich Lenin”

Daiquelin Durive-Perez¹ , Vladimir Antonio Escalona-Rodríguez¹ , Maurin Ricardo-Leyva¹ , Evelin Garcés-Roja¹ , Roxana Palmero-Marrero¹ 

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Hospital Universitario “Vladimir Ilich Lenin”. Holguín, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la cirugía ambulatoria es una alternativa a la hospitalización tradicional y permite al paciente regresar a su domicilio el mismo día de su ingreso después de haberse sometido a una intervención anestésica-quirúrgica. **Objetivo:** caracterizar a los pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria en el Hospital General Universitario “Vladimir Ilich Lenin” en el periodo julio-diciembre de 2021. **Método:** se realizó una investigación observacional, descriptiva y transversal. El universo estuvo constituido por los 330 pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria de forma electiva durante la etapa analizada; se estudió su totalidad. Se empleó la estadística descriptiva. **Resultados:** predominó la cirugía oncológica en un 60 %; la excéresis y biopsia de cualquier sitio anatómico fueron los procedimientos más realizados (38.78%). La anestesia general endovenosa fue el método que predominó, los temblores y el dolor postoperatorio se presentaron con una mínima frecuencia (ambas 4.54 %); se logró emitir el alta al 100% de los pacientes estudiados y no se registró ningún caso de reingreso en las 24 horas posteriores al alta. **Conclusiones:** Las complicaciones encontradas se presentaron con baja frecuencia y no comprometieron la vida de los pacientes lo que permitió emitir el alta anestésica y quirúrgica al 100 % de los mismos, y no se registraron reingresos en las 24 horas posteriores al egreso. Se constató un nivel de satisfacción bueno en los pacientes con la experiencia quirúrgica y anestésica recibida lo que representa una medida de la calidad asistencial de la institución.

Palabras clave: Anestesia; Biopsia; Procedimientos quirúrgicos ambulatorio.

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) constituye una forma organizativa de atención multidisciplinaria que se define como aquellas intervenciones quirúrgicas mayores en pacientes seleccionados, que con independencia del tipo de anestesia utilizada, tras un tiempo variable de control y observación, posibilitan que el paciente retorne a su domicilio el mismo día de la intervención sin necesidad de hospitalización^{1,2}.

Los orígenes de la cirugía mayor ambulatoria moderna se remontan a principios del siglo XX, cuando James Nicoll, cirujano pediátrico escocés, publicó

su experiencia de 10 años iniciada en 1899 con una casuística de 8988 niños intervenidos exitosamente en régimen ambulatorio en el Glasgow Royal Hospital For Sick Children³. A la cirugía mayor ambulatoria se ha denominado de diferentes maneras: “cirugía ambulatoria”, “cirugía sin ingreso”, “cirugía de un día”, “cirugía de pacientes externos”, “cirugía en el mismo día” y “cirugía de alta precoz”.

En los últimos 25 años la cirugía mayor ambulatoria se ha convertido en una práctica muy estandarizada a nivel mundial. Se calcula que actualmente hasta el 75 % de las intervenciones electivas son ambulatorias y que potencialmente se puede alcanzar el 80 %³. En países desarrollados como Canadá, Estados Unidos, Dinamarca, Australia y Países Bajos, llegan hasta el 83 % de los casos quirúrgicos. En América Latina, no se encontraron muchas estadísticas disponibles respecto a la cirugía ambulatoria⁴.

La cirugía y la anestesia ambulatorias son en la actualidad actividades cotidianas en la mayoría de los hospitales cubanos. Actualmente se reporta que alcanzan el 55.3 % de la cirugía mayor a nivel nacional³. En el año 2019, en Cuba, fueron reportadas como ambulatorias el 56,6 % de las intervenciones quirúrgicas mayores. A pesar de su desarrollo, difusión y aceptación, existen insatisfacciones en la población por la falta de



OPEN ACCESS

Correspondencia a: Daiquelin Durive-Perez

Correo electrónico: daiquelinduriveperez.0208@gmail.com

Publicado: 26/12/2022

Recibido: 27/09/2022; **Aceptado:** 27/11/3022

Citar como:

Durive-Perez D, Escalona-Rodríguez VA, Ricardo-Leyva M, Garcés-Roja E, Palmero-Marrero R. Caracterización de los pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria en el Hospital General Universitario “Vladimir Ilich Lenin”. Revista 16 de abril [Internet]. 2022 [citado: fecha de acceso]; 61(286):e1716. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1716

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

continuidad en la atención. También se han planteado dificultades en su ejecución, dadas principalmente por la deficiente comunicación y coordinación entre el nivel primario (NP) y el nivel secundario (NS) de atención².

Teniendo en cuenta que la investigación científica constituye un elemento clave y estratégico para el futuro desarrollo social de un país, y debido a la inexistencia de reportes a la comunidad médica y social de los resultados quirúrgicos de la cirugía mayor ambulatoria del Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin" se decidió realizar la presente investigación con el objetivo de caracterizar a los pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria en el periodo julio-diciembre de 2021.

MÉTODO

Tipo de estudio: se realizó una investigación observacional, descriptiva y transversal en el Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin" en el periodo julio-diciembre de 2021.

Universo y muestra: el universo estuvo constituido por los 330 pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria de forma electiva durante la etapa analizada que constaran con una historia clínica completa y cuyo estado físico fuera de I a II según la clasificación American Society of Anesthesiology (ASA). Se excluyeron los pacientes a los que se le realizaron procedimientos con anestesia local, que no requirieron vigilancia postoperatoria ni estancia hospitalaria. Se estudió su totalidad.

Variables y recolección de los datos: se estudiaron las variables: estado físico del paciente [según la clasificación de ASA: ASA I (pacientes saludables) y ASA II (pacientes con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante que puede o no relacionarse con la causa de la intervención)]; especialidades quirúrgicas, (cirugía oncológica, cirugía general, urología, cirugía plástica y caumatología, ginecología, proctología), operación realizada [excéresis y biopsia de cualquier sitio anatómico (nódulos de mama, tumor de partes blandas, etc.), laringoscopia directa, histeroscopia, varicocelectomía, biopsia prostática, cierre de la herida, hemorroidectomía, fistulectomía, salpingectomía, herniorrafia, cirugía plástica facial], método anestésico empleado (general endovenosa, regional espinal, local, local más sedación, balanceada), complicaciones postoperatorias inmediatas (somnolencia, agitación, ansiedad, sangrado a nivel de la herida, dolor náuseas, temblores, vómitos, hematoma a nivel de la herida, broncoaspiración, broncoespasmo, arritmias, depresión respiratoria), nivel de satisfacción de los pacientes, total de pacientes egresados y reingresos en las próximas 24 horas posteriores al alta.

Como parte del protocolo del servicio de anestesiología del hospital se le administró a los

pacientes analgesia preventiva (espastrong) y antieméticos (ondansetrón y dexametasona) como profilaxis de las náuseas y vómitos postoperatorios.

En recuperación se utilizó la escala de Aldrete Modificada que define una serie de criterios para la evaluación del estado clínico de los pacientes en el posoperatorio inmediato: Movimiento, Circulación, Respiración, Nivel de conciencia y Saturación de Oxígeno. De acuerdo a los puntos sumados en esta escala, se determina si el paciente está apto para el área de recuperación postanestésica; luego de pasar a esta área se usó una hoja diseñada para calificar el egreso seguro del paciente; la evaluación contenía cinco parámetros: signos vitales (presión arterial y pulso), nivel de actividad (ambulador), dolor (leve o que pueda ser controlado con analgésicos orales), tolerancia a la vía oral (ausencia de náusea o vómito), hemorragia (por la incisión o drenaje). A cada parámetro le otorga 0 a 2 puntos, alcanzando un puntaje máximo de 10 puntos. Se requiere un puntaje igual o mayor a 9 puntos para dar de alta a un paciente.

Los datos de la investigación fueron obtenidos mediante las historias clínicas individuales de los pacientes, el libro de registro de operaciones de la unidad quirúrgica y del departamento de estadística de la institución. Para evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes se les aplicó una encuesta teniendo en cuenta la calidad de la anestesia aplicada, el proceder realizado, y las posibles complicaciones.

Procesamiento estadístico: se empleó una base de datos confeccionada en Microsoft Excel 2010 que permitió realizar el análisis de las variables, y los resultados fueron presentados en tablas para mejor comprensión, análisis e interpretación. Se aplicaron métodos de estadística descriptiva para variables cualitativas y cuantitativas en medidas de frecuencias y porcentajes.

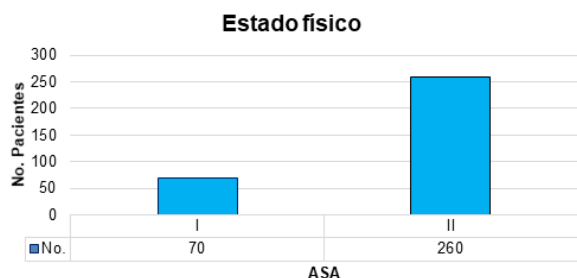
Normas éticas: el estudio fue aprobado por el Consejo Científico y Comité de Ética de la institución. Se solicitó el consentimiento informado al paciente y se respetó la confidencialidad de los datos obtenidos. Se mantuvo como premisa respetar los principios bioéticos de los estudios con seres humanos, establecidos en la II Declaración de Helsinki

RESULTADOS

En el periodo descrito fueron estudiados 330 pacientes, los cuales se operaron de forma electiva en la modalidad de cirugía mayor ambulatoria.

El estado físico que predominó fue ASA II con 260 pacientes (Figura 1).

De acuerdo a la distribución de los pacientes según las especialidades quirúrgicas, sobresalió la cirugía oncológica con un 60 % (Tabla 1).



Fuente: historias clínicas individuales de los pacientes. Figura 1. Distribución de los pacientes según el estado físico determinado por la clasificación de ASA. Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin". Julio-diciembre de 2021

Especialidades quirúrgicas	No.	%
Cirugía oncológica	198	60
Cirugía general	56	16.97
Urología	37	11.21
Cirugía plástica y caumatología	17	5.15
Ginecología	7	2.12
Proctología	15	4.55
Total	330	100

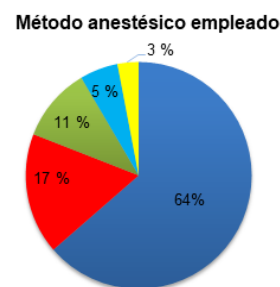
Fuente: libro de registro de operaciones de la unidad quirúrgica.

La excéresis y biopsia de cualquier sitio anatómico fueron los procedimientos más realizados, lo que representó el 38.78 % de todos los procedimientos realizados (Tabla 1).

Procedimientos quirúrgicos	No.	%
Excéresis y biopsia de cualquier sitio anatómico (nódulos de mama, tumor de partes blandas, etc.)	128	38.78
Laringoscopia directa	70	21.21
Histeroscopia	7	2.12
Varicocelectomía	22	6.67
Biopsia prostática	15	4.55
Cierre de la herida	12	3.64
Hemorroidectomía	10	3.03
Fistulectomía	5	1.52
Salpingectomía	10	3.03
Herniorrafia	34	10.30
Cirugía plástica facial	17	5.15
Total	330	100

Fuente: historias clínicas individuales de los pacientes y libro de registro de operaciones de la unidad quirúrgica.

La anestesia general endovenosa fue el método anestésico empleado con mayor frecuencia, en un total de 210 pacientes lo que representó el 64 % (Figura 2).



■ General endovenosa ■ Local ■ Regional espinal ■ Local más sedación ■ Balanceada

Figura 2. Distribución de los pacientes según los diferentes métodos anestésicos empleados

Los temblores y el dolor postoperatorio fueron las complicaciones que con mayor frecuencia se presentaron en los pacientes estudiados, ambas representando un 4.54 % (Tabla 3). Ningún paciente presentó vómitos, hematoma a nivel de la herida, broncoaspiración, broncoespasmo, arritmias ni depresión respiratoria como complicación.

Complicaciones	Postoperatorio inmediato	
	No.	%
Somnolencia	10	3.03
Agitación	5	1.51
Ansiedad	5	1.51
Sangrado a nivel de la herida	1	0.30
Dolor	15	4.54
Náuseas	3	0.90
Temblores	15	4.54

El 97 % de los pacientes reflejo un nivel bueno de satisfacción. Se emitió el alta al 100 % de los pacientes en un periodo de 4 a 8 horas y no se registró ningún caso de reingreso en las 24 horas posteriores al alta.

DISCUSIÓN

La cirugía mayor ambulatoria constituye un ejemplo de innovación tecnológica de proceso, mediante el cual se logra que en determinadas intervenciones quirúrgicas en pacientes seleccionados, e independientemente del tipo de anestesia utilizada, los pacientes puedan acudir al hospital el día de la intervención programada y después de un período de recuperación corto, recibir el alta hospitalaria en las primeras horas del posoperatorio; el paciente regresa a su domicilio el mismo día que

se realizó la intervención tras una vigilancia directa y repetida hasta el momento en que se cumplan los criterios de alta aceptados; ello permite, prescindir de la ocupación de una cama para su ingreso³.

Como es recomendado en la cirugía ambulatoria fueron tratados solo pacientes ASA I y ASA II. Dichos datos coinciden con lo planteado por el resto de los investigadores del mundo^{5,6,7,8}. Sin embargo cada vez se incluyen más pacientes ASA III (pacientes con un proceso sistémico grave no incapacitante) y ASA IV (pacientes con un proceso sistémico grave incapacitante, que es una amenaza constante para la vida)⁹.

Los procedimientos realizados guardan relación con las necesidades más frecuentes de la población y con las posibilidades en la modalidad de cirugía mayor ambulatoria del Hospital "Vladimir Ilich Lenin", debido a que la mayoría de los procedimientos electivos a realizar en este hospital son oncológicos.

No se compararon los resultados relacionados con la distribución de los pacientes según especialidades quirúrgicas y procedimientos realizados con el de otros trabajos publicados previamente porque no todos asumen las mismas especialidades, ni intervenciones y en otros, los resultados ofrecidos incluyen el total de la cirugía ambulatoria, es decir, tanto la cirugía menor como la CMA. Esto depende de la estructura de cada institución, necesidad asistencial, seguridad y experiencia profesional.

La anestesia aplicada estuvo en correspondencia con el diagnóstico y proceder propuesto, definido de forma individual en cada caso. En el 2021 en la Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, Fernández *et al.*⁹ plantean que el 70 % de los pacientes estudiados fueron intervenidos bajo anestesia general y el resto bajo anestesia local y sedación. De igual forma en un estudio realizado por Ayala *et al.*¹⁰ se pudo observar que en el 50,5 % de los pacientes (n=104) se aplicó una anestesia general balanceada, en el 34 % (n=70) anestesia local y en el 15,5 % (n=32) local potenciada. El resto de los artículos se centran en una patología y procedimientos quirúrgicos específicos y eligen el método anestésico de acuerdo a la misma; ya sea local o local más sedación¹¹, anestesia general orotraqueal^{4,12}, sedación más raquídea⁷, entre otras.

El estudio "Tratamiento del paciente en cirugía ambulatoria" no recomienda ninguna estrategia específica y expone que se pueden utilizar todos los agentes anestésicos¹³. Sin embargo, se le debe dar prioridad a aquellos con un plazo de acción rápido, una duración de acción corta y unos efectos secundarios reducidos, dependiendo del paciente y del procedimiento. La elección del tipo de anestesia corresponde al anestesiólogo en función de los antecedentes de cada paciente, de las consideraciones quirúrgicas del mismo, de su experiencia, así como de

las características de la institución.

Debido a su simpleza y gran aceptación, la anestesia general (AG) ha sido la más ampliamente usada en estos procedimientos; más aún, con la introducción de nuevos agentes anestésicos de cinética rápida, como propofol o desflurano.

En ese contexto, la anestesia y analgesia regional periférica puede ser una alternativa: entregando una analgesia altamente específica, disminuyendo la necesidad de anestesia general, la necesidad del uso de opioides para una adecuada analgesia y sus efectos secundarios; de esta forma reduce las náuseas y vómitos, que sin tratamiento en la población quirúrgica general puede ocurrir en un 20-30 % y en los pacientes con alto riesgo pueden llegar hasta un 80 %; finalmente aumenta la satisfacción de los pacientes¹⁴.

Las complicaciones se evaluaron en la sala de cuidados postanestésico en dos momentos diferentes, primero durante la permanencia del paciente en la misma y en un segundo momento antes de emitir el alta anestésica y quirúrgica. Los autores de este trabajo infieren que la presencia de complicaciones fue mínima dada la casuística estudiada (n=330). A pesar de cumplir con el protocolo de analgesia preventiva establecido en la institución se constató la presencia de dolor postoperatorio moderado en 15 pacientes, evaluados a través de la escala visual análoga (EVA), a los cuales se les aplicó analgesia de rescate. Los temblores coincidieron con el uso de anestesia regional más hipotermia leve, a los que se les colocó oxígeno por tenedor nasal, se les administró soluciones tibias y se les abrigó con mantas térmicas. Los pacientes que presentaron somnolencia correspondían a los procedimientos de Salpingectomías a los cuales se aplicó anestesia balanceada, se les colocó oxígeno por tenedor nasal, adecuada monitorización y vigilancia. El paciente que presentó sangrado a nivel de herida había sido operado de un tumor de partes blandas, se llevó al salón, se exploró y se suturó el vaso de la pared que sangraba sin complicaciones posteriores.

Estos datos concuerdan con autores nacionales como Ferrer *et al.*¹² en un estudio realizado en el 2021 en el Hospital General Docente "Comandante Pinares" Artemisa, Cuba donde detallan la baja incidencia de dolor postoperatorio (4,35 %) ¹². Por el contrario, en el estudio de Fernández *et al.*⁹ se plantea que de 452 pacientes el 33 % presentó alguna complicación durante su estancia en la Unidad de recuperación postanestésica, siendo el dolor postoperatorio en el 100 % de los casos (que respondió a tratamiento analgésico de rescate en todos los casos), las náuseas en el 11,7 % y la ansiedad en el 2,87 % de los casos. Ayala *et al.*¹⁰ describieron que el 67,2 % de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos no endoscópicos relató algún tipo de dolor, y en 27,5 % de los casos el dolor fue percibido como moderado o severo. Las náuseas y vómitos

postoperatorios son cada vez menos frecuentes desde que se emplean técnicas preventivas⁹.

A escala mundial, solo 3-4 % de las personas seleccionadas para cirugía mayor ambulatoria requieren ser hospitalizadas por presentarse complicaciones; sin embargo, ningún integrante de la población estudiada fue ingresado por esa causa. Los beneficios económicos de esa modalidad quirúrgica son reconocidos y altamente favorables para las instituciones de salud⁸.

La recuperación posoperatoria es un proceso continuo que comienza con el término de la cirugía y finaliza cuando el paciente retorna a su estado fisiológico preoperatorio. En CA este proceso se divide en dos etapas consecutivas denominadas recuperación Fase I y recuperación Fase II, que requieren criterios clínicos claramente establecidos para transitar de una fase a otra¹⁵.

La satisfacción de los pacientes es considerada una medida de la calidad asistencial¹⁰. Mediante una encuesta realizada a los pacientes, se obtuvo un nivel de satisfacción bueno con el hospital y con la intervención anestésico-quirúrgica mediante la cirugía ambulatoria. Los pacientes que reflejaron un nivel regular coincidieron con los que presentaron dolor moderado postoperatorio (3%). Estos datos concuerdan con algunos de los artículos revisados donde se encontró un alto índice de satisfacción global donde la experiencia fue considerada satisfactoria o muy satisfactoria por el 97 % de los encuestados¹⁰. La encuesta de satisfacción de los pacientes intervenidos realizada por Fernando et al.⁹ mostró que la experiencia clínica percibida fue buena o muy buena en casi la totalidad de los casos.

La mínima incidencia de complicaciones postoperatorias permitió emitir el alta anestésica y quirúrgica al 100% de los pacientes que formaron parte del estudio, en un período de 4 a 8 horas posoperatorias y no se registraron reingresos en las 24 horas posteriores al egreso. Estos resultados coinciden con múltiples estudios realizados en diferentes países (Inglaterra, Colombia, Chile, Zaragoza, México, entre otros)⁶.

El alta al domicilio, la red de apoyo familiar, el control y seguimiento posterior debe ser estricto y riguroso, de manera que permita una recuperación posoperatoria

tranquila y segura. La evaluación de resultados en CA se realiza a través de indicadores que evalúan globalmente el proceso quirúrgico, incluyendo la selección de pacientes y cirugías a realizar, el equipamiento e infraestructura utilizados, la selección de las técnicas de anestesia y analgesia, los cuidados posoperatorios y la rigurosidad con que el paciente transita a través de las etapas de la recuperación posoperatoria¹⁵.

La CMA ha demostrado ser una modalidad asistencial quirúrgica segura que proporciona una atención sanitaria de calidad total desde el punto de vista de la eficiencia, del paciente (mínima alteración de la vida) y de la asistencia (disminución de los efectos adversos). Dados sus beneficios, cabría esperar que fuera la modalidad asistencial que se ofertara de entrada en los procesos quirúrgicos en que está indicada¹⁶.

CONCLUSIÓN

La cirugía mayor ambulatoria se realizó en su mayoría en pacientes con estado físico ASA II, con predominio de cirugía oncológica y la excéresis y biopsia de cualquier sitio anatómico como procedimiento quirúrgico más realizado. Las complicaciones encontradas se presentaron con baja frecuencia y no comprometieron la vida de los pacientes lo que permitió emitir el alta anestésica y quirúrgica al 100 % de los mismos, y no se registraron reingresos en las 24 horas posteriores al egreso. Se constató un nivel de satisfacción bueno en los pacientes con la experiencia quirúrgica y anestésica recibida lo que representa una medida de la calidad asistencial de la institución.

AUTORÍA

Los autores contribuyeron de igual medida en la confección del estudio.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valls Martínez MC, Abad Segura E. Satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud español. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2018 [citado 27/01/2022]; 41(3):309-320. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272018000300309&lng=es.
2. Cruz Rodríguez J. Modelo para el perfeccionamiento del proceso de atención en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2021 [citado 27/01/2022]; 60(2):e1036. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000200003&lng=es.
3. Cruz Rodríguez J. Cirugía mayor ambulatoria: antecedentes, evolución y logros. *Gac Méd Espirit* [Internet]. 2020 Abr [citado 27/01/2022]; 22(1):37-48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212020000100037&lng=es.
4. Labrador Álvarez PR, Sánchez Ta-

- mayo M, Piedra Torres C, Díaz Fonseca L, Cruz Crespo M. Resultados y repercusión clínico-anestésica de los exámenes complementarios preoperatorios en pacientes ASA I para cirugía ambulatoria. *Rev cuba anesthesiol reanim* [Internet]. 2021 Abr [citado 27/01/2022]; 20(1):e642. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182021000100004&lng=es.
5. Paipilla Monroy OA, Green Solís JL, Romero Mejía C. Egreso seguro en cirugía mayor ambulatoria: 2,886 pacientes. *Cir. Gen* [Internet]. 2016 Jun [citado 27/01/2022]; 38(2):67-71. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-00992016000200067&script=sci_arttext
6. Brahin FA, Toll E, Zain El Din P, Resina JE. Cirugía Mayor Ambulatoria en un Servicio de Cirugía General: cinco años de experiencia. *Rev. argent. cir.* [Internet]. 2020 Dic [citado 27/01/2022]; 112(4):469-479. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2020000400469&lng=es.
7. Almirón-Coronel MT, Ahmed-Coronel S, Porto-Varela M, Montiel-Roa A. Cirugías ambulatorias vs régimen protocolar en pacientes con hernia inguinal. *Rev. Cir. Parag.* [Internet]. 2018 [citado 27/01/2022]; 42(2):8-12. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202018000200008&lng=en.
8. Luzardo Silveira EM, Eirin Arañó JE. Cirugía mayor ambulatoria de tumores benignos de la glándula tiroides. *MEDISAN* [Internet]. 2011 [citado 27/01/2022]; 15(5):591-596. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000500004
9. Fernández Sanromán J, López Otero S, Cabadas Aviación R. Complicaciones, eficacia y nivel de satisfacción en procedimientos ambulatorios de cirugía oral y maxilofacial. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* [Internet]. 2021 Mar [citado 27/01/2022]; 43(1):12-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582021000100012&lng=es
10. Ayala S, Cristiani F, Saralegui J. Satisfacción del paciente en un servicio de anestesia ambulatoria. *Anest Analg y Reanim* [Internet]. 2011 [citado 27/01/2022]; 24(2):53-58. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732011000200003
11. Brahin FA, Resina EJ, Toll E. Cirugía mayor ambulatoria. La oportunidad ante la pandemia. *Cir. parag.* [Internet]. 2020 [citado 27/01/2022]; 44(3):6-13. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202020000300006&lng=en.
12. Ferrer Robaina H, Clavijo Torres R, Mesa Izquierdo O, Báez Hernández A, Matos Ramos YA. Tratamiento de la hernia inguinal por cirugía laparoscópica. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2021 Jun [citado 27/01/2022]; 60(2):e947. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000200002&lng=es.
13. Tran L, Theissen A, Raucoules-Aime M. Tratamiento del paciente en cirugía ambulatoria. *EMC-Anestesia-Reanimacion* [Internet]. 2018 [citado 27/01/2022]; 44(1):1-21. Disponible en: <https://www.em-con-sulte.com/es/article/1244375/tratamiento-del-paciente-en-cirugia-ambulatoria>
14. Recart A, González A. La Cirugía Mayor Ambulatoria: Rol de la Anestesia Regional. *Rev. Chil. Anest.* [Internet]. 2020 [citado 11/02/2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.25237/carsach2020.03>
15. González A, Zamora M, Contreras JI, Ibacache M. Cirugía Ambulatoria: ¿Qué hacer en el periodo posoperatorio? Desde el término de la cirugía hasta el control domiciliario. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2018 Jun [citado 27/01/2022]; 70(5):474-479. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-402620180005000473>.
16. Rodríguez Ortega M, Porrero Carro JL, Aranaz Andrés JM, Castillo Fé MJ, Alonso García MT, Sánchez-Cabezudo Díaz-Guerra C et al. Análisis comparativo de indicadores de eficiencia en cirugía mayor ambulatoria. *Gac Sanit* [Internet]. 2018 [citado 27/01/2022]; 32(5):473-476. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.003>.

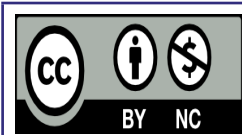
Characterization of patients undergoing major outpatient surgery at the "Vladimir Ilich Lenin" General University Hospital

ABSTRACT

Introduction: ambulatory surgery is an alternative to traditional hospitalization and allows the patient to return home the same day of admission after having undergone an anesthetic-surgical intervention. **Objective:** to characterize the patients who underwent major outpatient surgery at the "Vladimir Ilich Lenin" General University Hospital in the period July-December 2021. **Method:** an observational, descriptive and cross-sectional investigation was carried out. The universe was made up of 330 patients electively undergoing major ambulatory surgery during the stage analyzed; fully studied. Descriptive statistics were used. **Results:** oncological surgery predominated in 60%; exceresis and biopsy of any anatomical site were the most performed procedures (38.78%). Intravenous general anesthesia was the predominant method, tremors and postoperative pain occurred with minimal frequency (both 4.54%); 100% of the patients studied were discharged and no case of readmission was recorded in the 24 hours after discharge. **Conclusions:** The complications found occurred with low frequency and did not compromise the lives of the patients, which allowed 100% of them to be discharged with anesthesia and surgery, and no readmissions were recorded

in the 24 hours after discharge. A good level of satisfaction was found in patients with the surgical and anesthetic experience received, which represents a measure of the institution's quality of care.

Keywords: Anesthesia; Biopsy; Ambulatory surgical procedures.



Este artículo de [Revista 16 de Abril](#) está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, [Revista 16 de Abril](#).