

## CARTA AL DIRECTOR

### Cirugía mayor ambulatoria en urología. Cinco años de historia en Cuba

*Palabras clave:* Cirugía mayor ambulatoria. Cirugía urológica. Enfermedad de Peyronie.

*Key words:* Ambulatory surgery. Urology surgery. Peyronie's disease.

*Sr. Director:*

Las unidades de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) en nuestro país son estructuradas, en todo su concepto, a partir de 1959 con el triunfo revolucionario, si bien ya anteriormente se realizaba esta modalidad quirúrgica de forma aislada. Tienen como ubicación habitual el mismo edificio hospitalario u ocasionalmente en una edificación anexa al mismo.

Las unidades de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) han logrado la optimización de los recursos sanitarios disponibles, al proporcionar mayor comodidad a los pacientes intervenidos, disminuir o eliminar la estancia hospitalaria y agilizar las listas de espera quirúrgica (1).

Se tiene referencia de que el concepto de cirugía ambulatoria no es algo nuevo, si nos remontamos al antiguo Egipto (3.000 años a.C.) (2,3). Esto ha evolucionado en el tiempo hasta la actualidad, con el desarrollo de procedimientos quirúrgicos más seguros y menos invasivos.

En 1960 se inauguraron los primeros hospitales de cirugía ambulatoria en EE.UU. y en 1974 se creó la *Federated Ambulatory Association* (FASA) (2).

En Cuba esta modalidad operatoria se ha generalizado, al tener como experiencia el alta precoz y mínimas complicaciones (3,4).

Autores plantean (4,5) la necesidad de crear unidades integradas de cirugía mayor ambulatoria, que permitan realizar estas intervenciones en servicios pequeños.

En este trabajo pretendemos determinar las características de los sujetos atendidos en una UCMA urológica, según variables seleccionadas, así como analizar nuestra experiencia durante los últimos cinco años en nuestro país.

Para ello se efectuó un estudio descriptivo, de carácter retrospectivo y transversal, de todos los pacientes mayores de 16 años de edad con patologías urológicas, intervenidos en una UCMA (Hospital Provincial Universitario "Saturnino Lora Torres"), de la ciudad de Santiago de Cuba, en el periodo de tiempo de enero de 2002 a diciembre de 2006.

Los criterios de inclusión fueron:

—Pacientes mayores de 16 años de edad, de ambos sexos, por ser nuestro hospital de adultos.

*Recibido:* abril de 2007.

*Aceptado:* mayo de 2007.

*Correspondencia:* Luis Hilario Candebat Montero. Servicio de Urología. Hospital Provincial Universitario "Saturnino Lora Torres". Santiago de Cuba. e-mail: lhacandebat@yahoo.es

—Residir en el municipio donde se realiza la intervención quirúrgica.

—Pacientes con enfermedades crónicas transmisibles compensadas.

—Encontrarse acompañado de un adulto responsable en su domicilio.

El paciente acude a las 8.00 horas al hospital el día de la intervención quirúrgica, en ayunas y con la zona a operar rasurada. No se le canaliza una vía sanguínea periférica ni se le orienta profilaxis antibiótica.

Antes de salir del hospital se le brindan las instrucciones siguientes (por escrito):

—Ingerir analgésicos (dipirona 2 tabletas de 300 mg cada 8 horas) si hay dolor.

—Ingerir antibióticos (quinolonas, penicilinas semisintéticas o tetraciclinas) por vía oral, según dosificación habitual.

—Régimen dietético acostumbrado.

—Cura diaria de la herida quirúrgica con alcohol al 90%, previo lavado con agua y jabón.

—Reposo absoluto durante siete a quince días.

El control postoperatorio se realiza en la consulta externa de Urología, a los 15 días, al mes, a los 6 meses y al año de la cirugía.

Como resultados más relevantes del estudio señalaremos que entre las patologías incluidas en la cirugía mayor ambulatoria, y el procedimiento quirúrgico empleado, podemos mencionar:

—Varicocele:

• Técnica de Ivanissevich-Gregorini.

• Técnica de Palomo.

• Técnica de Buntz modificada.

—Hidrocele de la vaginal testicular: técnica de Doyen.

—Criptorquidias:

• Orquidopexias.

• Orquiectomías.

—Enfermedad de La Peyronie: técnica de Essed modificada.

—Fimosis: circuncisión.

En un periodo de cinco años, en nuestro hospital, hemos operado a 1.772 pacientes, mediante la cirugía mayor ambulatoria.

El procedimiento anestésico consistió en infiltración local en el 100% de los pacientes y el material de sutura utilizado comúnmente fue el catgut crómico 2 ceros y el monofilamento de polipropileno de 3 ceros.

El 98 por ciento de estos sujetos fueron hombres, con una edad media de 38 años y con antecedentes patológicos compensados.

En la tabla I se representa la edad y el sexo de los sujetos de cirugía mayor ambulatoria en urología, durante cinco años. Nótese que el mayor número de casos correspondió al grupo com-

TABLA I

#### DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRUPOS ETÁREOS Y SEXO

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
16-45	1.173	66,2	20	1,1	1.193	67,3
46-65	528	29,8	16	0,9	544	30,7
Más de 65	27	1,5	8	0,5	35	2
Total	1.728	97,5	44	2,5	1.772	100

Fuente: historia clínica.

**TABLA II**  
**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO Y AÑO**

<i>Diagnóstico operatorio</i>	2002	2003	2004	2005	2006	Total	%
Fimosis	45	45	48	27	74	235	13,3
Prepucio redundante	12	24	16	11	24	87	4,9
Hidrocele izq. de la vaginal	44	36	18	16	34	148	8,4
Hidrocele bilat. de la vaginal	21	30	12	13	20	96	5,4
Varicocele izquierdo	174	131	148	65	127	645	36,4
Varicocele bilateral	27	47	32	11	35	152	8,6
Enfermedad de La Peyronie	20	22	31	46	52	171	9,6
Quiste del epidídimo	13	37	8	7	16	81	4,6
Quiste del cordón sperm.	12	10	6	5	12	45	2,5
Estenosis del meato uretral	3	6	8	6	11	34	1,9
Carúncula uretral	6	5	8	4	3	26	1,5
Divertículo uretral	3	4	3	2	6	18	1
Criptorquidia	7	5	2	3	3	20	1,1
Esterilización quirúrgica	2	4	2	1	5	14	0,8
Total	385	406	342	217	422	1.772	100

Fuente: (\*).

prendido entre los 16 y 45 años para un 67,3%, seguido de 46 a 65 años con 544 pacientes.

Obsérvese igualmente que el sexo masculino predominó sobre el femenino, con el 97,5%, resultando significativo desde el punto de vista estadístico.

Como patologías que sobresalieron (Tabla II) podemos señalar el varicocele izquierdo con 645 pacientes (36,4%), siguiéndolo en orden de frecuencia la fimosis (235 pacientes) y la enfermedad de La Peyronie (171 pacientes), esta última mediante una técnica modificada por el autor principal a la técnica original de Essed, sin complicaciones y con anestesia local.

Las complicaciones posquirúrgicas más frecuentes se detallan en la tabla III.

**TABLA III**

**COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES**

	<i>n</i>	%
Infección de la herida quirúrgica	538	81,9
Hematoma de la herida quirúrgica	22	3,3
Dehiscencia de herida quirúrgica	97	14,8
Total	657	100

Como conclusiones de nuestro trabajo investigador, podemos afirmar que una gran parte de pacientes con patologías urológicas son candidatos a la cirugía ambulatoria, disminuyendo el costo operatorio, mejorando índices hospitalarios y aumentando el grado de satisfacción de la población.

L. H. Candebat Montero, G. Giraudy Simón, F. J. Rabionet Carballo, J. E. Meléndez Borges, F. Barbosa Ramos e I. Tamayo Tamayo

*Servicio de Urología. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario "Saturnino Lora Torres". Santiago de Cuba*

**Bibliografía**

1. Davis JE. The ambulatory surgical unit. *Amb Surg* 1972; 167: 856-62.
2. David JE. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. *Clin Quir Norteam* 1997; 67 (4): 685-708.
3. Dathiazzi B. Ambulatory Surgery. *Am Ital Clin* 1996; 72 (5): 92-5.
4. López Sicilia S. Actividad de una unidad ambulatoria de cirugía ortopédica y traumatológica en un hospital terciario. *Cir May Amb* 2005; 10 (1): 20-3.
5. Jiménez A. Valoración de la técnica de hongo como cirugía hemorroidal ambulatoria. *Cir May Amb* 2005; 10 (2): 80-7.