

## Evolución de la CMA en una Unidad de Ginecología (1991-2004)

G. Tena Vivó, M. Palau Gene, E. Huguet Galofré, C. González García, M. Cararach Salas,  
M. J. Linares Gil<sup>1</sup>

*Servicios de Ginecología y <sup>1</sup>Anestesiología. Hospital de Viladecans. Barcelona*

### RESUMEN

**Introducción:** Las técnicas quirúrgicas ginecológicas, realizadas en programas de CMA, han ido cambiando a lo largo del tiempo, tanto por motivos de organización como por la incorporación de nuevas tecnologías.

**Objetivo:** Analizar y valorar los cambios a lo largo del tiempo del tipo de procedimientos quirúrgicos realizados en CMA en ginecología.

**Material y método:** Se realiza un estudio retrospectivo de todas las intervenciones de CMA, entre 1993 y 2004. Se comparan dos periodos de tiempo iguales: de 1993 a 1998 con 900 procedimientos y de 1999 a 2004 con 875 procedimientos.

**Resultados:** El número de procedimientos que se realizan por año ha permanecido estable en nuestra unidad, entre los 140 y 160. Sin embargo ha habido un cambio sustancial en el tipo de procedimientos realizados. Ha aumentado la práctica de las laparoscopias quirúrgicas que han pasado de una media de 2,33/año en el primer periodo a una de 8,83/año en el segundo. El cambio más relevante ha sido el experimentado por la histeroscopia quirúrgica que ha pasado de una media de 5/año en el primer periodo a 68,83/año, en el segundo.

**Conclusiones:** El principal procedimiento realizado mediante CMA en ginecología, actualmente, es la histeroscopia quirúrgica, básicamente por pólipo endometrial. La laparoscopia quirúrgica por quiste de ovario se realiza con éxito en CMA, en casos seleccionados. Creemos factible introducir en CMA nuevas técnicas quirúrgicas, con buenos resultados, como la colocación de mallas suburetrales para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

**Palabras clave:** Procedimientos. Cirugía Mayor Ambulatoria. Ginecología.

### ABSTRACT

**Introduction:** Surgical procedures carried out in gynaecology as ambulatory surgery have been changing since they were intro-

*Recibido:* marzo 2006.

*Aceptado:* mayo 2006.

*Correspondencia:* Glòria Tena Vivó. Hospital de Viladecans. Avda. de Gavà, 38. 08040 Viladecans (Barcelona). e-mail: gtena@gencat.net

duced. Changes have happened due to both: new techniques have been introduced and changes in the organization.

**Objective:** To analyze and value the changes in gynaecology surgical procedures carried out as ambulatory surgery over the time.

**Material and method:** A prospective study is carried out about all procedures made in the Outpatients' Surgical Unit by the Gynaecology Service between 1993 and 2004. We compare two equal periods of time: The first one since 1993 to 1998 containing 900 procedures and the second one since 1999 to 2004 with 875 procedures.

**Results:** The number of procedures which we practice per year is almost the same, between 140 and 160, although there has been an essential change in the type of procedures. We performed more surgical laparoscopies in the second period than in the first one (medium rates 8.83 and 1.75/year, respectively), but the most important change has been the one made by the surgical hysteroscopy which has increased from 5/year in the first period to 68.83/year in the second one.

**Conclusions:** The main procedure performed in ambulatory gynaecological surgery nowadays is the surgical hysteroscopy, basically for endometrial polyp. The surgical laparoscopy for ovarian cyst is successfully performed in ambulatory surgery in selected patients.

**Key words:** Procedures. Ambulatory surgery. Gynaecology.

---

Tena Vivó G, Palau Gene M, Huguet Galofré E, González García C, Cararach Salas M, Linares Gil MJ. Evolución de la CMA en una Unidad de Ginecología (1991-2004). *Cir May Amb* 2007; 12: 22-26.

---

### INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor ambulatoria nos permite realizar de modo ambulatorio procedimientos quirúrgicos que tradicionalmente se realizaban con ingreso hospitalario, evi-

tando tanto los ingresos preoperatorios como los postoperatorios. Esto permite realizar muchas más intervenciones quirúrgicas, reduciendo las listas de espera y los costes por procedimiento, sin detrimento en la calidad del servicio prestado. A todo ello ha contribuido el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y la mejora de las técnicas anestésicas, con la incorporación de nuevos fármacos de corta duración (1-3).

La CMA se realiza teniendo en cuenta distintos parámetros, como son la clasificación ASA del paciente, su entorno social y la técnica quirúrgica empleada.

## OBJETIVO

Observar y analizar la evolución en el tiempo de los procedimientos quirúrgicos realizados en CMA por el Servicio de Ginecología de uno de los hospitales pioneros en España en la implementación de la CMA (1) y valorar la posibilidad de introducir nuevos procedimientos quirúrgicos, manteniendo los buenos resultados en los indicadores de calidad (4,5).

## METODOLOGÍA

Se han revisado retrospectivamente los registros de toda la actividad quirúrgica mayor ambulatoria de nuestro servicio, desde 1993 hasta diciembre de 2004. Se ha analizado la evolución de los distintos procedimientos en el tiempo y la tasa de sustitución. Se ha suprimido del análisis la actividad de los dos primeros años de la puesta en marcha de la unidad, 1991 y 1992, ya que se estaba implementando el programa.

En 1991 se realizaron 125 procedimientos ginecológicos y en 1992, 101. Los resultados en los índices de calidad de estos años fueron similares a los de los años posteriores.

Los procedimientos analizados han sido realizados en uno de los hospitales pioneros en España en la implementación de los programas de CMA. El hospital tiene capacidad para 108 camas y dispone de 2 quirófanos en el bloque quirúrgico central y 2 quirófanos de UCSI (Unidad de Cirugía Sin Ingreso).

La población de referencia del hospital era en 1993 de 128.254 habitantes, según los padrones de los ayuntamientos implicados, con una pirámide poblacional moderadamente expansiva, con la mayor parte de la población ubicada en los grupos de edades más jóvenes. Según las mismas fuentes, en 2004 la población de referencia era de 173.346 habitantes, de los que 86.848 eran mujeres; perteneciendo aún la mayor parte de la población a los grupos de edad más jóvenes (6,7).

El Servicio de Ginecología contaba con 4 facultativos al inicio de la actividad, 3 de ellos a jornada completa y 1 con contrato a tiempo parcial. En la actualidad y desde el inicio de 2004 disponemos de 5 facultativos, 4 a jornada completa y 1 con contrato a tiempo parcial.

Para su análisis los procedimientos han sido agrupados en:

1. Procedimientos sobre la mama: exéresis de tumora-ciones, biopsias diferidas, exéresis de papilomas intra-ductales y desbridamiento de mastitis y galactoforitis.
2. Procedimientos sobre la vulva y vagina: marsupiali-zaciones y exéresis de glándulas de Bartholino, exéresis de tumores vulvares, fístulas y tabiques vaginales.
3. Procedimientos sobre el cérvix: conizaciones y LLETZ (exéresis de la zona de transformación con asa de diatermia).
4. Histeroscopias diagnósticas y quirúrgicas.
5. Laparoscopias diagnósticas y quirúrgicas.

En las tablas I a IV vemos el número y tipo de inter-venciones en los dos periodos de tiempo analizados con las medias anuales.

**TABLA I**

INTERVENCIONES SOBRE LA MAMA				
	1993-98	Media anual	1999-04	Media anual
Exéresis tumoraciones	72	12	62	10,33
Biopsias diferidas	16	2,67	1	0,17
Papilomas intraductales	9	1,33	0	0,00
Mastitis/galactoforitis	6	1,17	3	0,50
Total	103	17,17	66	11

**TABLA II**

INTERVENCIONES SOBRE VULVA, VAGINA Y CÉRVIX				
	1993-98	Media anual	1999-04	Media anual
Bartholinos	43	7,16	30	5,00
Vulva-vagina	40	6,66	17	2,83
Conos/LLETZ	128	21,33	149	24,83
Total	211	35,15	196	32,66

**TABLA III**

HISTEROSCOPIAS				
	1993-98	Media anual	1999-04	Media anual
Histeroscopias diagnósticas	65	10,83	12	2,00
Histeroscopias DG y legrado	13	2,16	5	0,83
Histeroscopias quirúrgicas	30	5	413	68,83
Total	108	17,99	430	71,66

**TABLA IV**

LAPAROSCOPIAS				
	1993-98	Media anual	1999-04	Media anual
Laparoscopias diagnósticas	28	4,66	4	0,67
Laparoscopias LT	377	62,83	113	18,83
Laparoscopias quistectomías	14	2,33	53	8,83
Total	419	69,82	170	28,33

Todos los procedimientos han sido realizados con anestesia general, loco-regional o combinada: local con sedación.

**RESULTADOS**

En el periodo 1993-1996, se realizaron 900 procedimientos quirúrgicos, mientras que de 1999 a final de 2004 se realizaron 875 intervenciones en CMA. La distribución por años ha sido la siguiente: 1993: 157; 1994: 148; 1995: 142; 1996: 161; 1997: 152; 1998: 140; 1999: 164; 2000: 137; 2001: 137; 2002: 152; 2003: 132; 2004: 148 (Figs. 1 y 2).

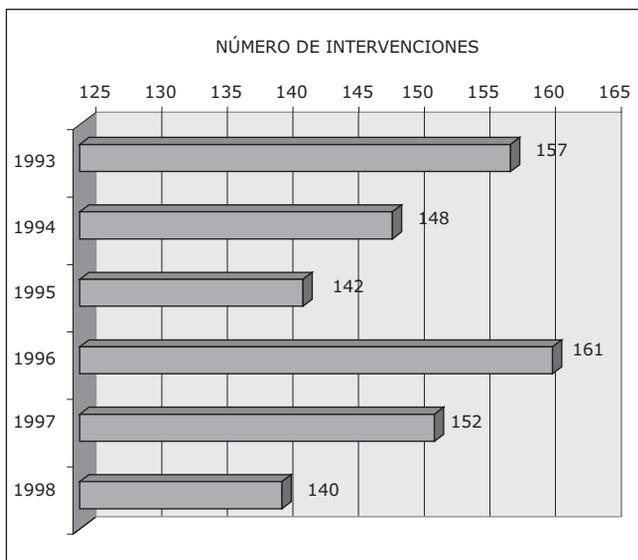


Fig. 1. Distribución por años del número total de intervenciones en CMA. Primer periodo.

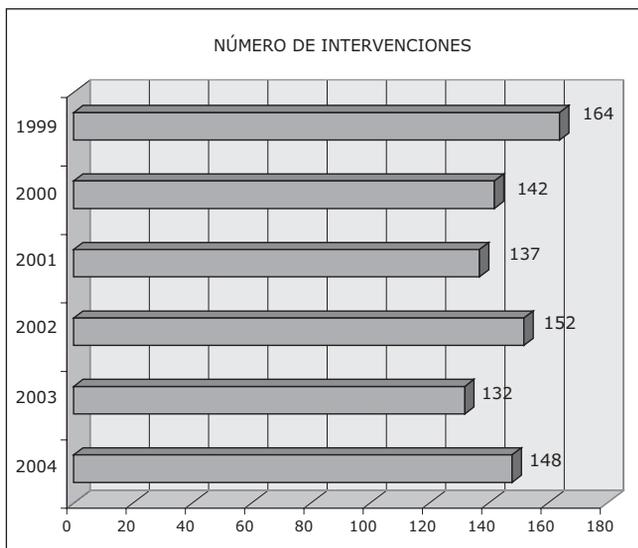


Fig. 2. Distribución por años del número total de intervenciones en CMA. Segundo periodo.

Las figuras 3 y 4 muestran la evolución en el tiempo, en cuanto al número de procedimientos realizados, experimentada por la histeroscopia y la laparoscopia.

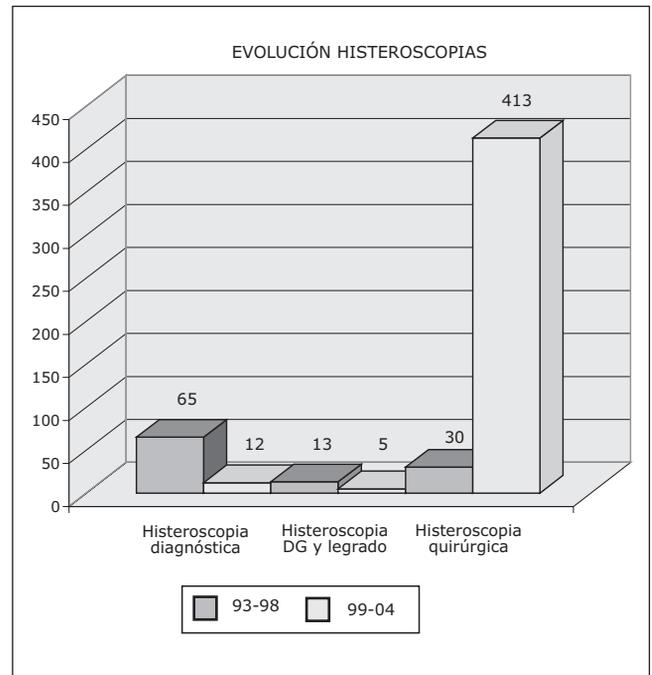


Fig. 3. Evolución de las histeroscopias entre los dos periodos.

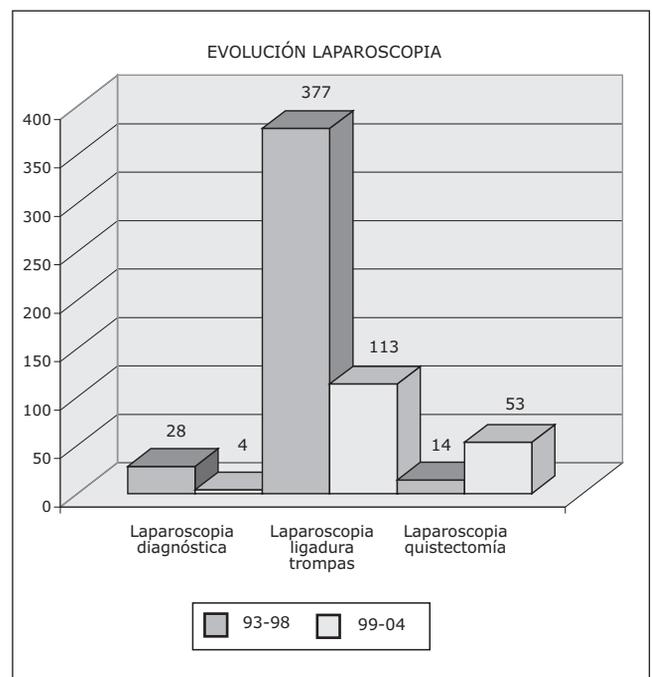


Fig. 4. Evolución de las laparoscopias entre los dos periodos.

Las tasas de sustitución para los distintos procedimientos, en el segundo periodo (1999-2004), son las que muestra la tabla V.

**TABLA V**  
**TASA DE SUSTITUCIÓN POR PROCEDIMIENTOS EN EL**  
**SEGUNDO PERIODO (1999-2004)**

	<i>Cirugía ingreso</i>	<i>CMA</i>	<i>Tasa sustitución</i>
Bartholinos, exéresis	1	30	967,74
Conizaciones	9	149	943,04
Mama tumoraciones	4	62	939,39
Histeroscopias quirúrgicas	74	413	848,05
Legrados	1	5	833,33
Vulva-vagina	4	17	809,52
Laparoscopias LT	35	113	163,51
Laparoscopia diagnóstica	8	4	333,33
Laparoscopias quirúrgicas	197	53	212,00

Observamos que existen determinados procedimientos que en la práctica sólo se realizan en CMA. Cuando alguno de estos procedimientos, que habitualmente siempre se realizan de forma ambulatoria, se ha practicado en régimen de ingreso, ha obedecido a criterios anestésicos o al hecho de que se ha asociado la práctica de distintos procedimientos en un mismo momento a un mismo paciente.

## DISCUSIÓN

Las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria surgieron con el objetivo de racionalizar la estancia hospitalaria y poder reducir la estancia media y las listas de espera quirúrgica, manteniendo la calidad y la seguridad en la asistencia y han conseguido un alto índice de satisfacción por parte del usuario (1-3).

En la actualidad debido a la mejora experimentada por las técnicas anestésico-quirúrgicas, se ha ido aumentando la complejidad de los procedimientos incluidos en CMA, lo que quizás ha ido en detrimento de la tasa de ingresos inmediatos, según está recogido en la literatura, pero ha ampliado los índices de sustitución de ciertos procedimientos (4,5). En nuestro centro, aunque sí ha aumentado la complejidad de los procedimientos, no hemos observado un aumento en dicha tasa. La tasa de ingresos inmediatos para el Servicio de Ginecología ha sido del 1,6%, en el último periodo; no siendo la laparoscopia quirúrgica ginecológica un factor de riesgo para el ingreso inmediato (8). La tasa de ingresos inmediata publicada para todos los procedimientos en general oscila entre el 0,69-5,8% (9).

Nuestro hospital fue pionero en España en la puesta en marcha de la CMA y el Servicio de Ginecología se implicó, igual que el resto de especialidades quirúrgicas de nuestro centro, con entusiasmo al proyecto (1).

No obstante, el número de intervenciones de nuestro servicio ha permanecido estable a lo largo del tiempo, debido a que la disponibilidad del espacio quirúrgico tam-

bién ha sido prácticamente la misma hasta finales de 2004. Ha ido variando, sin embargo, la posibilidad de trabajar en la unidad dos ginecólogos al mismo tiempo, lo que ha permitido ir introduciendo nuevos procedimientos que precisan de ayudantía; a la vez que se ha superado la curva de aprendizaje de estos procedimientos, en régimen de ingreso. Todo ello ha permitido introducir, en CMA, la laparoscopia quirúrgica, principalmente para quistectomía, con buenos resultados en casos seleccionados y en manos expertas (4,8,10).

Desde la introducción de la histeroscopia, esta se ha incorporado a nuestro arsenal diagnóstico y terapéutico pasando a ser la principal intervención en número en CMA en ginecología (11,12), quedando el legrado relegado a casos anecdóticos. Aunque también dentro de la histeroscopia quirúrgica, la práctica de la endometrectomía ha disminuido de forma espectacular, gracias a la amplia utilización en el servicio del DIU liberador de levo-norgestrel para el tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional.

La histeroscopia quirúrgica por pólipo sigue siendo en la actualidad el principal procedimiento practicado en ginecología en CMA, en nuestro servicio, dándosele prioridad respecto a la laparoscopia para esterilización tubárica.

La histeroscopia quirúrgica se realiza bajo bloqueo paracervical y sedación mediante hipnóticos y analgésicos endovenosos, bien sedación ligera (ansiólisis) o sedación moderada/analgesia (sedación consciente) en la mayoría de casos; sólo en ocasiones especiales, en las que se espera una intervención de mayor complejidad o duración, se practica una anestesia intradural (13).

La histeroscopia diagnóstica se realiza en la consulta externa, sin ningún tipo de anestesia, siendo muy pocas las pacientes que precisan ser incluidas posteriormente en CMA. En los últimos 5 años sólo se han realizado 12 histeroscopias diagnósticas en CMA con anestesia, frente a las 1.134, realizadas en consultas externas sin ningún tipo de anestesia; a ello ha contribuido la utilización de un histeroscopio que utiliza como medio distensor suero fisiológico.

Es probable que en el futuro la posibilidad de utilizar en la consulta externa un sistema de electrocirugía bipolar que funcione en solución salina fisiológica nos permita disminuir el número de histeroscopias quirúrgicas en los programas de CMA ya que el uso de dicho bisturí permitirá no sólo la extracción en consulta de los pólipos que actualmente no son fácilmente extraíbles con los pequeños instrumentos que el histeroscopio diagnóstico permite introducir, sino también de los miomas intracavitarios y submucosos.

Además se plantea la posibilidad de colocar dispositivos intratubáricos para esterilización mediante histeroscopia diagnóstica, en la consulta, lo cual nos permitiría reducir el número de laparoscopias realizadas para esterilización tubárica y nuestra lista de espera (11), a la vez que reducimos el riesgo quirúrgico para las pacientes.

Existe el proyecto de poner próximamente en funcionamiento, en nuestro hospital, una unidad específica para el diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria, tanto benigna como maligna, que hasta ahora no existía. Ello permitirá introducir en nuestra unidad de CMA los procedimientos de exéresis del ganglio centinela y tumorectomías mamarias, intervenciones que ya se realizan con éxito en CMA en otros centros.

## CONCLUSIONES

La CMA en los procedimientos quirúrgicos ginecológicos realizados actualmente ha demostrado ser segura y eficaz.

La introducción de nuevos procedimientos en CMA, según nuestro punto de vista, debe realizarse después de superada la curva de aprendizaje, en régimen de ingreso.

El trabajo en equipo (enfermería, anestelistas y cirujanos) es básico en CMA para garantizar la seguridad y el confort de los pacientes.

El buen funcionamiento de nuestra unidad de CMA y la posibilidad de disponer de apoyo de enfermería en el domicilio de las pacientes, cuando es necesario, nos permitirá ir introduciendo nuevos procedimientos, como la colocación de bandas libres de tensión suburetrales para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo; como ya se ha hecho con la laparoscopia quirúrgica,

manteniendo buenos índices en los indicadores de calidad para CMA.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández Granados P. El futuro a corto plazo de la CMA. *Cir May Amb* 2004; 9 (3): 9-13.
2. Ferry J, Rankin L. Low cost, patient acceptable, local analgesia approach to gynaecological outpatient surgery. A review of 817 consecutive procedures. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 1994; 34 (4): 453-6.
3. Rainey JB, Ruckley CV. Work of a day-bed unit 1972-8. *Br Med J* 1979; 2; 2 (6192): 714-7.
4. Pardo JF, Desco J, et al. Predicción del ingreso hospitalario en el tratamiento laparoscópico ambulatorio del endometrioma ovárico. *Cir May Amb* 2004; 9 (3): 28-31.
5. Bran DF, Spellman JR, Summitt RL Jr. Outpatient vaginal hysterectomy as a new trend in gynaecology. *AORNJ* 1995; 62 (5): 810-4.
6. Memoria de l'hospital de Viladecans 1993.
7. Memoria de l'hospital de Viladecans 2004.
8. Linares MJ, Esteve A, Garrido P, Pelegrí D. Factores predictores del ingreso hospitalario en la cirugía ambulatoria de un hospital comarcal. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 361-4.
9. Ogg TW, Hitchcock M, Penn S. Day surgery admissions and complications. *Ambulatory Surgery* 1998; 6: 101-6.
10. Hennefrund J, Dewitt E. Quality assurance and economical efficiency in ambulatory surgery. The German situation in gynaecological day surgery. *Ambulatory Surgery* 1998; 6: 197-200.
11. Gimpelson RT. Office hysteroscopy. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35 (2): 270-81.
12. Kremer C, Duffy S, Moromey M. Patient satisfaction with outpatient hysteroscopy versus day case hysteroscopy: Randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 320 (7230): 279-82.
13. Linares MJ, Pelegrí MD, Ramón C. Evaluación de las técnicas anestésicas en cirugía ambulatoria. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1993; 40: 210-6.