



Definición de los procedimientos de cirugía ambulatoria para ser cumplidos por los Dispensarios de las Fuerzas y formulación de las normas y procedimientos para su funcionamiento

Luis F. Delgado M.
Carmen A. Mora G.
Fernando Guzmán C.

Trabajo de grado para optar al título profesional:
Curso de Información Militar (CIM)

Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes Prieto"
Bogotá D.C., Colombia

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	1
1. CIRUGIA AMBULATORIA	3
1.1. DEFINICION	3
1.2. OBJETIVOS	3
1.3. JUSTIFICACION	4
2. DEFINICION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA AMBULATORIA PARA SER CUMPLIDOS POR LOS DISPENSARIOS DE LAS FUERZAS Y FORMULACION DE LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA SU FUNCIONAMIENTO	14
2.3. NORMAS DE PROCEDIMIENTO	14
3. SISTEMA ADMINISTRATIVO	20
3.1. COMITE ASesor	20
3.2. COMITE DE VIGILANCIA	20
3.3. FUNCIONES DEL PERSONAL	21
3.4. RECURSOS	28
4. ANALISIS	30
5. CONCLUSIONES	32
6. RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
ANEXO A	38
ANEXO B	39
ANEXO C	41
ANEXO D	43
ANEXO E	44
ANEXO F	45
ANEXO G	46

My. MED. Luis Francisco Delgado Monsalve
 My. ODT. Carmen Alicia Mora de Gaviria
 My. MED. Fernando Guzmán Chavez
 CIM.- 89.

Asesor:
 Coronel Jorge Enrique Suárez Medina

Bogotá, Marzo de 1989

INTRODUCCION
 TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
1970 INTRODUCCION	1
- 1. CIRUGIA AMBULATORIA	3
1.1. DEFINICION	3
1.2. OBJETIVOS	3
1.3. JUSTIFICACION	4
- 2. PLANEACION DE UN PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA	6
2.1. GENERALIDADES	6
2.2. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	9
2.3. NORMAS DE PROGRAMACION	14
- 3. SISTEMA ADMINISTRATIVO	20
3.1. COMITE ASESOR	20
3.2. COMITE DE VIGILANCIA	20
3.3. FUNCIONES DEL PERSONAL	21
3.4. RECURSOS	28
- 4. ANALISIS	30
- 5. CONCLUSIONES	32
- 6. RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
ANEXO A	38
ANEXO B	59
ANEXO C	61
ANEXO D	63
ANEXO E	64
ANEXO F	67
ANEXO G	70

En el Hospital Militar se viene realizando procedimientos de cirugía ambulatoria, pero no enmarcados dentro de un programa de este tipo.

A nivel mundial hay referencias de la práctica de este procedimiento que datan desde comienzo de siglo. Es así

como en 1909 el Hospital Real para niños de Glasgow, (9-10), informaba que el cuidado quirúrgico ambulatorio era tan satisfactorio como el cuidado intra-hospitalario para algunos procedimientos.

INTRODUCCION

El presente trabajo se realiza con base a revisión bibliográfica del tema, a los informes de los programas de La Cirugía Ambulatoria se inicia en Colombia en el año de 1970 siguiendo ejemplo de otros países. Varios hospitales Universitarios de Cali, Bogotá, e Instituciones como la El propósito de este trabajo es definir los programas de Clínica San Pedro del ISS, El Hospital Santa Clara de cirugía ambulatoria, sus normas y procedimientos, para Bogotá, La Clínica Infantil de Cafam, La Clínica Palermo, poder ser implementados en los dispensarios de las las han efectuado, hoy con base a la experiencia adquirida fuerzas. podemos afirmar que los programas de cirugía ambulatoria son prácticos, económicos y de fácil ejecución.

En las FF.MM se viene practicando la cirugía ambulatoria desde hace algunos años, con dos modalidades a saber: la que se practica en las brigadas civico-militares y las que se lleva a cabo conjuntamente entre las Direcciones de Sanidad del Ejército y la Fuerza Aérea, en las Instalaciones médicas de CATAM.

En el Hospital Militar se viene realizando procedimientos de cirugía ambulatoria, pero no enmarcados dentro de un programa de éste tipo.

A nivel mundial hay referencias de la práctica de este procedimiento que datan desde comienzo de siglo. Es así

como en 1909 el Hospital Real para niños de Glasgow, (9-10), informaba que el cuidado quirúrgico ambulatorio era tan satisfactorio como el cuidado intra-hospitalario para algunos procedimientos.

1. CIRUGIA AMBULATORIA

El presente trabajo se realiza con base a revisión

1.1. DEFINICIÓN:
bibliográfica del tema, a los informes de los programas de entidades hospitalarias nacionales y de la experiencia

personal, con anestesia local, regional o general, de

patologías que no requieren hospitalización ni cuidados

El propósito de este trabajo es definir los programas de especiales en el postoperatorio inmediato,

cirugía ambulatoria, sus normas y procedimientos, para

podérsele implementados en los dispensarios de las

fuerzas, por el doctor Don E. Dajser (9), como Clase I

(menor) y Clase II (intermedia) dentro de los procedimientos

quirúrgicos aceptados Universalmente.

El término cirugía ambulatoria ha recibido varios

sinónimos como son: "Cirugía diaria", "Cirugía de adentro

y afuera", "Cirugía de paciente extrahospitalario", y

"Cirugía Simplificada".

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Generales: realizar las cirugías de nivel I y II en

los dispensarios y Centros de atención Médica de las

fuerzas, que actualmente se efectúan en el Hospital

Militar Central o en otras Instituciones a altos costos.

1.2.2. Particulares:

- a. Racionalización del servicio.
- b. Atención oportuna.
- c. Utilización óptima de los recursos disponibles.
- d. Reintegro temprano al servicio y núcleo familiar.

1. CIRUGIA AMBULATORIA

1.1. DEFINICION: de costos, sin desmeritar la calidad de la atención

Cirugía ambulatoria consiste en practicar intervenciones quirúrgicas, con anestesia local, regional o general, de patologías que no requieren hospitalización ni cuidados especiales en el postoperatorio inmediato.

La cirugía ambulatoria incluye los procedimientos

1.3. JUSTIFICACION
definidos por el doctor Don E. Detmer (9), como Clase I (menor) y Clase II (intermedia) dentro de los procedimientos quirúrgicos aceptados Universalmente.

El término cirugía ambulatoria ha recibido varios sinónimos como son: "Cirugía diaria", "Cirugía de adentro y afuera", "Cirugía de paciente extrahospitalario", y "Cirugía Simplificada".

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Generales: realizar las cirugías de nivel I y II en los dispensarios y Centros de atención Médica de las fuerzas, que actualmente se afectan en el Hospital Militar Central o en otras Instituciones a altos costos.

- 1.2.2. Particulares: ~~entrenados en el Hospital Militar~~
- a. Racionalización del servicio. ~~cciones de Sanidad de las~~
 - b. Atención oportuna. ~~ción de este tipo de cirugías.~~
 - c. Utilización óptima de los recursos disponibles.
 - d. Reintegro temprano al servicio y núcleo familiar .
 - e. Disminución de costos, sin demeritar la calidad de la atención
 - f. Atención integral por Especialistas,
 - g. Descongestionar al Hospital Militar de éste tipo de cirugía, con el propósito de un mejor desempeño como hospital de tercer nivel.

1.3. JUSTIFICACION

El aumento del pie de fuerza, el incremento de las operaciones sin un adecuado desarrollo del sistema de sanidad a nivel de las fuerzas ha producido una congestión, demora en la atención oportuna en el Hospital Militar Central; ya que por la realización de cirugías menores e intermedias no cumple satisfactoriamente su función como centro altamente especializado de tercer nivel.

Logrando la adecuación de los actuales Dispensarios y Centros de Atención Médica de la Fuerzas, en lo que concierne a la dotación de salas de cirugías, y que las fuerzas en un futuro inmediato contarán con Especialistas

(Oficiales Médicos, entrenados en el Hospital Militar Central), permitirán a las direcciones de Sanidad de las Fuerzas la implementación de este tipo de cirugías.

2. PLANEACION DE UN PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA

2.1. GENERALIDADES

En el pasado los procedimientos se clasificaban en mayores y menores, lo cual para la época actual no es conveniente. Una dificultad para obtener una clasificación adecuada, es el lograr un consenso entre los cirujanos.

Teniendo en cuenta la definición o lo que se entendería por cirugía ambulatoria: "son los procedimientos quirúrgicos que a juicio del médico tratante se pueden ejecutar en un paciente libre de enfermedades asociadas, bajo anestesia local, regional o general, con un período corto de hospitalización y cuyo postoperatorio mediano y tardío no representan riesgos mayores, por lo cual no requiere la vigilancia permanente del médico o la enfermera; pudiéndolo controlar un familiar cercano en su domicilio" ó el enfermero en su Unidad Militar; sería este grupo de entidades que se tendrían en cuenta para aceptarlas en un Programa de Cirugía Ambulatoria (P.C.A.).

De acuerdo con el Doctor Dattaer (9), los procedimientos se clasifican en cinco categorías según el grado de

dificultad para realizarlos así: clase I (menor), clase II (intermedia), y clase III (mayor). Las dos categorías restantes son grupos limitantes entre estos tres grupos mayores, que crean la subclase A y B. Estas dos subclases

2. PLANEACION DE UN PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA

con la clase tres, reúnen los procedimientos que se

2.1. GENERALIDADES Programa de Cirugía Ambulatoria, por

considerarse que son entidades complejas que requieren

En el pasado los procedimientos se clasificaban en hospitalización y cuidados especiales,

mayores y menores, los cual para la época actual no es

conveniente. Una dificultad para obtener una clasificación

adecuada, es el lograr un consenso entre los cirujanos. los

Niveles I y II (anexo A), en los cuales los principales

Teniendo en cuenta la definición o lo que se entendería

servicios son: Cirugía General, Cirugía Pediátrica,

por cirugía ambulatoria: "son los procedimientos

Urología, Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología,

quirúrgicos que a juicio del médico tratante se puedan

Ginecología y Obstetricia, Maxilofacial y Cirugía

ejecutar en un paciente libre de enfermedades asociadas,

Plástica.

bajo anestesia local, regional o general, con un período

corto de hospitalización y cuyo postoperatorio mediato y

tardío no representan riesgos mayores, por lo cual no

requieren la vigilancia permanente del médico o de la

enfermera; pudiéndolo controlar un familiar cercano en su

domicilio" ó el enfermero en su Unidad Militar; sería este

grupo de entidades que se tendrían en cuenta para

2.1.1. CIRUGIA GENERAL

aceptarlas en un Programa de Cirugía Ambulatoria (P.C.A.).

- Herniorrafia Inguinal

De acuerdo con el Doctor Detmer (9), los procedimientos se

clasifican en cinco categorías según el grado de

dificultad para realizarlos así: clase I (menor), clase II (intermedia), y clase III (mayor). Las dos categorías restantes son grupos limitantes entre estos tres grupos mayores, que crean la subclase A y B. Estas dos subclases con la clase tres, reúnen los procedimientos que se excluyen de un Programa de Cirugía Ambulatoria, por considerarse que son entidades complejas que requieren hospitalización y cuidados especiales.

En un Hospital General los procedimientos que se pueden realizar bajo un P.C.A., son los clasificados en los Niveles I y II (anexo A), en los cuales los principales servicios son: Cirugía General, Cirugía Pediátrica,

Urología, Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología y Obstetricia, Maxilofacial y Cirugía Plástica.

En el anexo A, se enumeran 463 procedimientos quirúrgicos, de los cuales estadísticamente (3) los más comunes entre otros son los siguientes; que representarían nuestra propuesta para iniciar un Programa de Cirugía Ambulatoria a nivel de los Dispensarios de las Unidades Operativas.

2.1.1. CIRUGIA GENERAL

- Herniorrafia Inguinal
- Herniorrafia Umbilical

2.1.5. ORTOPEDIA

- Herniorrafia Epigástrica
- Reducción cerrada de fracturas (muñeca, clavícula,

- Eventración pequeña menor, de 6 cms de diámetro
- Várices no complicadas Grados I - II
- Biopsias de tejidos blandos (lipomas, seno, etc)
- Mastectomia simple (Ginecomastia)

2.1.2 UROLOGIA

- Circuncisión
- Varicocelelectomía
- Hidrocelelectomía
- Meatotomía Uretral
- Orquidopexia

2.2. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

- Biopsias en general

2.1.3. OFTALMOLOGIA

- Resección Pterigion
- Resección Chalazion
- Dilatación conductos lagrimales
- Cataratas

2.1.4. OTORRINOLARINGOLOGIA

- Septorinoplastia
- Miringotomía
- Reducción fracturas huesos propios
- Amigdalectomía
- Adenoidectomía

2.1.5. ORTOPEDIA

- Reducción cerrada de fracturas (muñeca, clavícula,

2.2.1.2. etc) : No representa un criterio fundamental en

la selección de los pacientes.

- Resección de ganglión

- Tenorrafias

2.2.1.3. Clasificación de Usuarios: Ingresarán al programa

- Artroscopias

los pacientes que según la ley tienen derecho a prestación

2.1.6. GINECOLOGIA Médicos-Asistenciales por parte de las

Sanidades - Dilatación y curetaje del útero con fines

beneficio diagnóstico como el personal en uso de buen retiro,

pensionados - Laparoscopias

- Corrección de celes

2.2.1.4. Diagnóstico Clínico : Los oficiales médicos de

2.2. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Para implementar el Programa de Cirugía Ambulatoria, es

Programa de Cirugía Ambulatoria en forma correcta, y así

indispensable que el paciente cumpla los siguientes

evitarle al paciente pérdida de tiempo y dinero por

criterios, los cuales representan factor determinante en

posible desplazamiento entre ciudad y otra ciudad.

la eliminación de posibles causas de complicaciones.

Por la anterior razón, es el médico general, quien

2.2.1. Criterios Médicos:

inicialmente hace la valoración del paciente y si reúne

2.2.1.1. Edad : 1 mes a 45 años

las condiciones exigidas por el Programa procederá a

Este límite de edades representa el lapso de vida, en el

llenar la Historia Clínica de Remisión (anexo B),

cual el estado orgánico-emocional es el mejor (5-8),

solicitando la interconsulta con la especialidad

pacientes mayores de 45 años de edad, son los que

correspondiente.

comienzan a presentar enfermedades asociadas y en

consecuencia la mayor posibilidad de complicaciones y

necesitan una serie de estudios de laboratorio y exámenes

complementarios prequirúrgicos (2), indispensables para su

programación.

2.2.1.2. Sexo : No representa un criterio fundamental en la selección de los pacientes, que las Unidades Tácticas

situadas en otra localidad distinta a la de la Brigada,

2.2.1.3. Clasificación de Usuarios: Ingresarán al programa haga la solicitud de interconsulta al Dispensario de su los pacientes que según la ley tienen derecho a prestación Brigada, y así coordinar su cita y programación de los Servicios Médico-Asistenciales por parte de las respectiva, previa valoración por el especialista.

Sanidades, es decir personal en servicio activo y sus beneficiarios, así como el personal en uso de buen retiro, pensionados y sus beneficiarios, na mismo, que los usuarios

no tengan enfermedades asociadas como: Cardiopatías,

2.2.1.4. Diagnóstico Clínico : Los oficiales médicos de Enfermedad Renal, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial todas las Unidades deben conocer los criterios del P.C.A., no controlada, Bronquitis Crónica, Asma, Enfermedades de la Piel, Problemas Nutricionales graves, Trastornos Programa de Cirugía Ambulatoria en forma correcta, y así Biquicos, Antecedentes de Hepatitis reciente, Discrasias evitarle al paciente pérdida de tiempo y dinero por Sanguíneas, etc; esto con el fin de evitarle al paciente posible desplazamiento entre ciudad y otra ciudad. complicaciones durante el acto operatorio y/o en el

Por la anterior razón, es el médico general, quien inicialmente hace la valoración del paciente y si reúne

2.2.1.6. Exámenes Paraclínicos: Los siguientes exámenes son las condiciones exigidas por el Programa procederá a básicos para cada paciente: Cuadro Hemático, Glicemia y llenar la Historia Clínica de Remisión (anexo B), Parcial de Orina; cuyos resultados deben estar dentro de solicitando la interconsulta con la especialidad los parámetros de normalidad.(4,5) correspondiente.

A juicio del cirujano y/o anestesiólogo, cuando lo

Nota : En la actualidad la mayoría de las cirugías se consideran indispensable se solicitarán: B.U.N., están realizando en el Hospital Militar Central, previa Creatinina, P.T. y P.T.T., Radiografía del tórax y E.K.G.. solicitud a la Dirección de Sanidad de la interconsulta correspondiente. pacientes comprendidos en el grupo etario

Como este programa es para realizarlo en los Dispensarios de Brigada, es necesario que las Unidades Tácticas situadas en otra localidad distinta a la de la Brigada, haga la solicitud de interconsulta al Dispensario de su grupo quirúrgico, atienda en consulta a los pacientes remitidos, examina y confirma o no la patología quirúrgica respectiva, previa valoración por el especialista. Si cumple los requisitos del

2.2.1.5. Antecedentes Patológicos : Es conveniente para el éxito del paciente y del Programa mismo, que los usuarios no tengan enfermedades asociadas como: Cardiopatías, Enfermedad Renal, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial no controlada, Bronquitis Crónica, Asma, Enfermedades de la Piel, Problemas Nutricionales graves, Trastornos Síquicos, Antecedentes de Hepatitis reciente, Discrasias Sanguíneas, etc; esto con el fin de evitarle al paciente complicaciones durante el acto operatorio y/o en el postoperatorio.(5)

2.2.1.6. Exámenes Paraclínicos: Los siguientes exámenes son básicos para cada paciente: Cuadro Hemático, Glicemia y Parcial de Orina; cuyos resultados deben estar dentro de los parámetros de normalidad.(4,5)

A juicio del cirujano y/o anestesiólogo, cuando lo consideren indispensable se solicitarán: B.U.N., Creatinina, P.T. y P.T.T., Radiografía del Tórax y E.K.G..

Normalmente los pacientes comprendidos en el grupo etario

de 1 mes a 45 años, no requiere estos últimos exámenes paraclínicos.

El personal integrante del P.C.A. debe investigar y

2.2.1.7. Consulta Especializada : Cada especialista del grupo quirúrgico atiende en consulta a los pacientes remitidos, examina y confirma o no la patología quirúrgica

motivo de la interconsulta. Si cumple los requisitos del **2.2.2.1. Aceptación del Paciente :** Es necesario y programa, procederá a llenar el formulario preoperatorio conveniente explicar al paciente los beneficios del (anexo C), si no requiere valoración preanestésica, ni Programa, sus limitaciones, con el fin de obtener necesita otros exámenes de laboratorio, entonces, hará la voluntariamente su aceptación, y así poder efectuar su programación anotando en el mismo formulario, el cual se cirugía dentro de este Sistema Ambulatorio. Si el paciente entregará en la oficina del Jefe del Programa, para sacar no entiende ni acepta una programación dentro de este el listado de programación diaria o semanal, según el sistema, no se le debe obligar, ya que implica riesgos volumen quirúrgico que se maneje.

para su evolución postquirúrgica por la falta de

El paciente recibe en una hoja de información general

(anexo D), la fecha de su cirugía y la hora en la cual

2.2.2.2. Residencia : El paciente aceptado para este debe presentarse a la Unidad Quirúrgica, y otras Programa debe residir en la ciudad en donde se ejecuta la indicaciones al respecto.

cirugía, o tener familiares en donde pueda ser atendido

2.2.1.8. Valoración Preanestésica : Se realiza en aquellos pacientes que a juicio del médico especialista crea Cuando el paciente no tenga facilidad de atención, se conveniente.

ordenará su hospitalización en las instalaciones del

El médico anesthesiólogo examinará y dará su concepto, si

se puede intervenir dentro del Programa de Cirugía

Ambulatoria. (4,5,8,11)

2.2.2.3. Condiciones Sanitarias de la Vivienda : Se debe

2.2.2. Criterios Socioeconómicos:

El personal integrante del P.C.A. debe investigar y ahondar en el conocimiento del paciente especialmente en las complicaciones por no reunir las condiciones higiénicas necesarias y adecuadas.

incluidos dentro del Programa :

2.2.2.4. Localización de la Vivienda : La vivienda debe

2.2.2.1. Aceptación del Paciente : Es necesario y conveniente explicar al paciente los beneficios del Programa, sus limitaciones, con el fin de obtener voluntariamente su aceptación, y así poder efectuar su

cirugía dentro de este Sistema Ambulatorio. Si el paciente no entiende ni acepta una programación dentro de este sistema, no se le debe obligar, ya que implica riesgos para su evolución postquirúrgica por la falta de colaboración. (4,5,12) aplicación no esperada, y es además el medio de control del postoperatorio del paciente.

2.2.2.2. Residencia : El paciente aceptado para este Programa debe residir en la ciudad en donde se ejecuta la cirugía, o tener familiares en donde pueda ser atendido durante su postoperatorio.

indispensable establecer las normas para su Cuando el paciente no tenga facilidad de atención, se ordenará su hospitalización en las instalaciones del dispensario, con una corta estancia y se remitirá

2.3.1. Redistribución de Labores : Al Especialista que posteriormente a su Unidad de origen. participe en el P.C.A. se le debe reorganizar sus horas de

2.2.2.3. Condiciones Sanitarias de la Vivienda : Se debe

evaluar la existencia de luz, agua, servicios sanitarios adecuados, especialmente en el personal civil; ya que la ausencia o falta de estos servicios, pueden ser causa de complicaciones por no reunir las condiciones higiénicas necesarias y adecuadas.

2.2.2.4. Localización de la Vivienda : La vivienda debe disponer de fácil acceso por vía carretable, indispensable para poder realizar el traslado del paciente en ambulancia después de la cirugía.

2.2.2.5. Comunicación Telefónica: Es recomendable que en la vivienda en donde va a estar el paciente, se disponga de teléfono, o caso contrario uno cercano a su residencia. Este medio representa nuestra vía de comunicación rápida, en caso de alguna complicación no esperada, y es además el medio de control del postoperatorio del paciente.

2.3. NORMAS DE PROGRAMACION

Al implantar un Programa de Cirugía Ambulatoria es indispensable establecer las normas para su funcionamiento, las cuales se deben cumplir para que los resultados sean los esperados.

2.3.1. Redistribución de Labores : Al Especialista que participe en el P.C.A. se le debe reorganizar sus horas de consulta externa, con el fin de dedicar uno o dos días inmediatos, para poder ordenar el traslado del

exclusivamente a la programación quirúrgica, de acuerdo a la demanda del servicio.

La experiencia adquirida durante los últimos 5 años, en Esto permite utilizar y emplear en forma integral los conocimientos del personal profesional que labora en el Dispensario, a optimizar y necesitar de 1 a 3 horas de control postoperatorio inmediato.

2.3.2. Días de Cirugía : La Programación se llevará a cabo de lunes a viernes, con el propósito de ocupar la sala de cirugía el mayor tiempo posible, dejando el sábado para limpieza y esterilización del área quirúrgica.

Se entiende que dadas las actuales condiciones del país, la programación puede sufrir alteración por la ocurrencia de alguna urgencia, que haga necesaria la utilización de la sala de cirugía.

2.3.4. Conocimiento Básico por parte del Paciente : La

2.3.3. Horario de Cirugía : Las horas hábiles para realizar la programación quirúrgica, dadas las exigencias de este sistema, serían de las 07:00 y a las 13:00 horas, (1,4,6) por las siguientes razones :

2.3.3.1. La experiencia ha demostrado que este Programa no se puede extender durante todo el día, ya que es necesario disponer de 6 horas de control postoperatorio, para poder enviar al paciente a su hogar en plenas condiciones. Algunos han informado de 1 hora de control postoperatorio inmediato, para poder ordenar el traslado del

paciente. (1,4) remisión.

La experiencia adquirida durante los últimos 3 años, en las instalaciones quirúrgicas de CATAM, al efectuar cirugías dentro de un Programa de Cirugía Ambulatoria, nos ha llevado a optimizar y necesitar de 1 a 3 horas de control postoperatorio inmediato. el caso.

2.3.3.2. La primera cirugía se debe iniciar a las 07:00 horas y la última se debe iniciar a las 12 horas, para estar terminando la programación a las 13:00 horas.

2.3.3.3. Al organizar 6 horas de cirugía y 6 horas como máximo de control postoperatorio inmediato, cubre las horas laborales del Dispensario (07:00 a las 19:00 horas).

No se debe dejar en manos de personal en entrenamiento, ya
 2.3.4. Conocimiento Básico por parte del Paciente : La información que recibe el paciente es fundamental, para su aceptación, programación y control postoperatorio, así como lo referente a la dieta, deambulaci3n y medicaci3n. (3,7,11)

(9,13,14,15) cirugía, el cirujano llenará el formulario operatorio (Anexo E) el cual contiene los datos más importantes a tener en cuenta en una posterior investigación.

2.3.5. Historia Clínica : Es necesario establecer un modelo de Historia Clínica de remisión (Anexo B), con el proposito de circunscribirnos a los datos estrictamente necesarios, y así poder evaluar posteriormente la necesidad de aumentar o disminuir los datos solicitados. Esta debe ser llevada exclusivamente por el Oficial Médico

que efectúa la remisión, por los participantes en ella.

Para unificar el número de historial clínico y evitar diversidad de numeraciones, se propone que se establezca para este programa como número de historia clínica, el del Código Militar, agregándole la letra E (esposa), H (hijo), P (padre), M (madre) cuando sea del caso.

2.3.6. Acto Quirúrgico : Es la ejecución del procedimiento quirúrgico, y aquí radica el mayor porcentaje de éxito del Programa

Es condición de este Programa, que las cirugías sean realizadas exclusivamente por personal especializado con el fin de disminuir al máximo las posibles complicaciones. No se debe dejar en manos de personal en entrenamiento, ya que esto aumenta la morbilidad y riesgos para el paciente y aumenta los costos por la utilización de mayor cantidad de elementos. (3,7,11)

Realizada la cirugía, el cirujano llenará el formulario operatorio (Anexo E) el cual contiene los datos más importantes a tener en cuenta en una posterior investigación.

Simultáneamente el personal circulante en la sala de cirugía, irá llenando el informe de gastos de materiales (anexo F), con el cual se dá de baja el material gastado

en cada cirugía, firmado por los participantes en ella, sea por parte de algún familiar, o en las instalaciones del Al terminar cada procedimiento se efectúa el aseo Dispensario por parte del personal de médicos y de correspondiente, para dejar lista la sala para la enfermería de turno, siguiente cirugía.

Se incluye aquí el control que realiza el cirujano entre 2.3.7. Control Postoperatorio : Son los cuidados que se le el 5° y 7° días postquirúrgicos, durante los cuales se brindan al paciente al terminar la cirugía, y se definen retirarán los puntos de sutura, y se debe llenar el como inmediatos y tardíos. formulario postoperatorio (anexo 8); para tener en cuenta

2.3.7.1. Inmediato : Son los cuidados y controles que se realizan en forma consecutiva al terminar la cirugía, en la sala de recuperación y tienen que ver básicamente con : signos vitales (tensión arterial, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria), estado de conciencia, tolerancia del dolor.

Cuando el paciente recupera totalmente sus condiciones básicas, según la valoración efectuada, el anestesiólogo firmará la orden de salida de la sala de recuperación, para su posterior traslado al hogar.

El paciente o su familiar reciben por escrito las observaciones de su cuidado en la casa, en lo que respecta a medicación, dieta, deambulacion, curaciones en casa y fecha de control postoperatorio. Igualmente se le facilitará la consecución del cirujano en caso de alguna complicación.

2.3.7.2. Tardío : Es el control que se realiza en la casa por parte de algún familiar, o en las instalaciones del Dispensario por parte del personal de médicos y de enfermería de turno.

3. SISTEMA ADMINISTRATIVO

Se incluye aquí el control que realiza el cirujano entre Es el conjunto de personas responsables de hacer funcionar el 5° y 7° días postquirúrgicos, durante los cuales se el programa, con obligación de asesoría, vigilancia y retirarán los puntos de sutura, y se debe llenar el promoción del sistema. (4,5,8,12,13) formulario postoperatorio (anexo G); para tener en cuenta en posteriores investigaciones. (6,10,14,15)

3.1.1. Integrantes:

- Comandante de Unidad Operativa
- Comandante de Unidad Logística
- Jefe de Dispensario
- Jefe del Programa de Cirugía Ambulatoria (P.C.A.)
- Jefe del Servicio de Anestesia
- Jefe Sección Administrativa o Intendente Local

3.1.2. Funciones:

- Establecer o modificar funciones del grupo
- Proyectar programa a las Unidades Militares
- Lograr intercambio de experiencias con otras instituciones.
- Vigilar por el buen funcionamiento del programa

3.2. COMITE DE VIGILANCIA

3.2.1. Integrantes:

- Jefe del Programa de Cirugía Ambulatoria

- Jefe del Dispensario

- Enfermera Jefe del P.C.A.

3.2.2. Funciones 3. SISTEMA ADMINISTRATIVO

- Vigilar directamente el P.C.A.

Es el conjunto de personas responsables de hacer funcionar

- Presentar informes y estadísticas

el programa, con obligación de asesoría, vigilancia y

- Responder por el buen funcionamiento del P.C.A.

promoción del sistema. (4,5,8,12,13)

3.3. FUNCIONES DEL PERSONAL:

3.1. COMITE ASESOR

3.3.1. Jefe o Coordinador del P.C.A. (cirujano general):

3.1.1. Integrantes:

- Coordina y ejecuta la Programación de Cirugía

- Comandante de Unidad Operativa

- Coordina Junta Quirúrgica

- Comandante de Unidad Logística

- Supervisa el funcionamiento del Programa

- Jefe de Dispensario

- Cita a reuniones del Comité de Vigilancia

- Jefe del Programa de Cirugía Ambulatoria (P.C.A.)

- Controla cumplimiento del horario y atención al

- Jefe del Servicio de Anestesia

- paciente

- Jefe Sección Administrativa o Intendente Local

- Coordina el mantenimiento del Equipo Médico-

3.1.2. Funciones:

- Establecer o modificar funciones del grupo de la

- Proyectar programa a las Unidades Militares en

- Lograr intercambio de experiencias con otras

- Instituciones. El grupo quirúrgico el envío de

- Vigilar por el buen funcionamiento del programas

unidades.

3.2. COMITE DE VIGILANCIA

- Coordina con el Jefe del Dispensario las citas

3.2.1. Integrantes:

del personal programado para cirugía y sus

- Jefe del Programa de Cirugía Ambulatoria
- Jefe del Dispensario de Sanidad de las
- Enfermera Jefe del P.C.A. periódico sobre el estado de los pacientes intervenidos en el

3.2.2. Funciones:

- Vigilar directamente el P.C.A. paciente.
- Presentar informes y estadísticas

3.3.2. - Responder por el buen funcionamiento del P.C.A.

- Realiza entrevista y valoración prequirúrgica

3.3. FUNCIONES DEL PERSONAL:

- Vela por el funcionamiento del equipo a su cargo

3.3.1. Jefe o Coordinador del P.C.A. (cirujano general):

- Colabora en la programación quirúrgica
- Coordina y ejecuta la Programación de Cirugía
- Manejo intraoperatorio y postoperatorio inmediato
- Coordina Junta Quirúrgica del paciente sometido a anestesia
- Supervisa el funcionamiento del Programa
- Constata la reserva de oxígeno diariamente
- Cita a reuniones del Comité de Vigilancia
- Autoriza la salida del paciente cuando lo crea conveniente.
- Controla cumplimiento del horario y atención al paciente

3.3.3. - Coordina el mantenimiento del Equipo Médico-

- Quirúrgico en la consulta.
- Coordina con hospitales o clínicas de la localidad la atención inmediata del paciente en la eventualidad de una complicación grave.
- Coordina con el grupo quirúrgico el envío de resumen de historia clínica a las respectivas unidades.

3.3.4. Médico ayudante de cirugía:

- Coordina con el Jefe del Dispensario las citas
- Asiste a todas las cirugías programadas y sirve del personal programado para cirugía y sus

controles post-quirúrgicos, asos requeridos

- Solicita a los Oficiales de Sanidad de las Unidades rendir informe periódico sobre el
- Cuestado de los pacientes intervenidos en el P.C.A. con el fin de hacer un seguimiento del

3.3.3. Enfermera Jefe:

- Responde por el buen funcionamiento del servicio

3.3.2. Anestesiólogo:

- Realiza entrevista y valoración prequirúrgica
- Vela por el funcionamiento del equipo a su cargo
- Colabora en la programación quirúrgica
- Manejo intraoperatorio y postoperatorio inmediato del paciente sometido a anestesia
- Constata la reserva de oxígeno diariamente
- Autoriza la salida del paciente cuando lo crea conveniente, curado, ducha, retiro de prótesis

(dentales, etc)

3.3.3. Cirujano:

- Lleva el control estadístico del servicio
- Selecciona los pacientes en la consulta.
- Hace solicitud de elementos de consumo y de dotación
- Cumple el horario programado
- Realiza la intervenciones programadas únicamente
- Mantiene un nivel de dotación en drogas y
- Diligencia los formularios diseñados del P.C.A. elementos de cirugía
- Realiza el control y evaluación de los pacientes
- Controla y constata la correcta esterilización intervenidos del material y equipo quirúrgico

3.3.4. Médico ayudante de cirugía:

- Asiste a todas las cirugías programadas y sirve

- El de primer ayudante en los casos requeridos del
- Efectua el control postoperatorio inmediato en la
- Sala de recuperación muestras de patología
- Cumple las órdenes dadas por el cirujano

3.3.5. Enfermera Jefe:

- Responde por el buen funcionamiento del servicio
- Dirige, planea, controla y evalúa el trabajo de enfermería del personal a su cargo
- Colabora activamente en el cuidado y atención del paciente quirúrgico
- Controla la formulación, historia clínica y formularios del programa
- Controla el ingreso del paciente a la sala de cirugía y sus condiciones prequirúrgicas
- Da (ayuno, rasurado, ducha, retiro de prótesis dentales, etc) instrumental quirúrgico, y que
- Lleva el control estadístico del servicio
- Hace solicitud de elementos de consumo y de

3.3.7. Circulante de sala:

- Realiza el aseo y mantenimiento de las salas de
- Mantiene un nivel de dotación en drogas y cirugía cada vez que sea necesario
- Realiza el traslado de los pacientes dentro del
- Controla y constata la correcta esterilización del material y equipo quirúrgico
- Ayuda a vestir al personal de cirugía
- Comprueba la disponibilidad permanente de la
- Colabora en el conteo de compresas y gasas ambulancia en los días quirúrgicos

- Elabora plan de recorrido para el transporte del paciente postquirúrgico adecuado
- Envía a estudio las muestras de patología ordenadas por el cirujano

- Abastece a la sala de cirugía del material

3.3.6. Instrumentadora:

- Realiza las funciones de su cargo

3.3.8. - Realiza el lavado, el secado y preparación para

- esterilización del instrumental utilizado
- Vela por la continua asepsia y antisepsia durante el acto quirúrgico
- Lleva estricto control del material utilizado en cada procedimiento salvo orden expresa del
- Informa al Jefe del Programa sobre el material utilizado y los requerimientos necesarios de
- Controla y constata la correcta esterilización del material e instrumental quirúrgico, y que ésta no pase de 3 días

- Colabora en el transporte del paciente a la sala

3.3.7. Circulante de sala:

- Realiza el aseo y mantenimiento de las salas de
- Aplica la droga de acuerdo a la orden del cirujano cada vez que sea necesario
- Realiza el traslado de los pacientes dentro del

3.3.9. Aux. área quirúrgica :

- Ayuda a vestir al personal de cirugía y constata
- Colabora en el conteo de compresas y gasas anotando el dato

- Controla la entrada del personal a la sala de
- Cirugía con el vestido adecuado y lo
- Suministra los elementos solicitados por la instrumentadora y exámenes paraclínicos
- Abastese a la sala de cirugía del material requerido para la cirugía programada

5 minutos

3.3.8. Auxiliar de Anestesia:

- Administra la droga ordenada para la recuperación
- Prepara el equipo de anestesia
- Estará en capacidad de iniciar la reanimación
- Alista las soluciones anestésicas ordenadas por el especialista
- Responde al funcionamiento de los equipos de
- No puede abandonar la sala de cirugía durante el acto quirúrgico, salvo orden expresa del

3.3.10. Auxanestesiólogo utilización :

- Informa a la instrumentadora de los gastos de anestesia entregado
- Lava instrumental de entubación después de cada procedimiento
- Colabora en el transporte del paciente a la sala de recuperación
- Aplica la droga de acuerdo a la orden del anestesiólogo

- Vela por el correcto funcionamiento del autoclave e informa a la Jefe de Enfermería

3.3.9. Auxiliar de Recuperación :

- Recibe al paciente antes de la cirugía y constata sobre cualquier novedad el cambio de ropa de calle, retiro de prótesis,
- Elabora gases, compresas, terundas y apósitos, y joyas y los entrega al acompañante

- Viste al paciente con ropa quirúrgica adecuada
- Lleva al paciente a la sala de cirugía, y lo entrega a la circulante de sala, con la historia clínica y exámenes paraclínicos

3.3.11. Trabajadora Social:

- Recibe al paciente en el postoperatorio
- Realiza estudio social de los pacientes inmediato, toma los signos vitales, mínimo cada 5 minutos
- Administra la droga ordenada para la recuperación
- Trabaja en coordinación con los demás integrantes del Programa cardiopulmonar en caso necesario
- Motiva a los usuarios a tomar parte activa en su tratamiento y recuperación
- Responde al funcionamiento de los equipos de recuperación
- Presenta informe de actividades realizadas

3.3.10. Auxiliar de Esterilización :

3.3.12. Secretaria:

- Recibe y cuenta de acuerdo a inventario el instrumental entregado
- Lleva la documentación y archivos correspondientes al P.D.A.
- Clasifica y esteriliza el material e instrumental
- Da información pertinente a quien la solicita
- Elabora los oficios ordenados
- Lleva la ropa contada y clasificada a la lavandería
- Recibe la información de los familiares de los pacientes intervenidos, e informa a los cirujanos cualquier novedad
- Recibe la ropa, elabora los paquetes y los esteriliza

3.3.13. - Vela por el correcto funcionamiento del

- autoclave e informa a la Jefe de Enfermería sobre cualquier novedad
- Elabora gasas, compresas, terundas y apósitos, y

los esteriliza funcionamiento para evitar

- Entrega instrumental, paquetes quirúrgicos a la Enfermera Jefe

3.3.14. Jefe Sección Administrativa o Intendente Local:

3.3.11. Trabajadora Social: presupuestas del programa

- Realiza estudio social de los pacientes fondos
- Elabora programas educativos proyectados hacia los usuarios de elementos
- Trabaja en coordinación con los demás integrantes del Programa
- Motiva a los usuarios a tomar parte activa en su

3.4. RECURSOS

tratamiento y recuperación

Se debe implementar a nivel de los Dispensarios de Brigada

y Centros de Atención Médica de la Fuerzas, una

3.3.12. Secretaria: al, dotada con los elementos necesarios

- Lleva la documentación y archivos correspondientes al P.C.A.

3.4.1. Instalaciones :

- Da información pertinente a quién la solicita
- Sala de Cirugía
- Elabora los oficios ordenados
- Sala de Recuperación
- Recibe la información de los familiares de los pacientes intervenidos, e informa a los
- Sala de Hospitalización
- Cuarto de esterilización
- cirujanos cualquier novedad
- Vestier para profesionales y pacientes

3.3.13. Conductores de Ambulancia:

- Transporta al paciente a su domicilio el día de su intervención

3.4.2. Equipo Sala de Cirugía :

- Mantiene la ambulancia en condiciones aceptables
- Mesa Quirúrgica

- Limpieza y funcionamiento para evitar
- Mastrumatismo al Programa y posibles accidentes

- Equipo de Monitoreo y Desfibrilador

3.3.14. Jefe Sección Administrativa o Intendente Local:

- Electrobisturí quirúrgico

- Maneja los fondos presupuestales del programa

- Instrumental quirúrgico (equipos)

- Vela por la correcta utilización de los fondos

- Microscopio para cirugía de oftalmología y

- Colabora con los integrantes del Programa en la adquisición de elementos

3.4.3. P- Rinde informe de los gastos emanados del

- En Programa

- Instrumentadora

3.4. RECURSOS

- Auxiliares de Enfermería

Se debe implementar a nivel de los Dispensarios de Brigada

- Médico Anestesiólogo

y Centros de Atención Médica de la Fuerzas, una

- Médicos Cirujanos

infraestructura local, dotada con los elementos necesarios

- Personal Administrativo

así:

3.4.1. Instalaciones :

- Sala de Cirugía
- Sala de Recuperación
- Sala de Hospitalización
- Cuarto de esterilización
- Vestier para profesionales y pacientes
- Sala de Recepción
- Cuarto para material y equipo esteril

3.4.2. Equipo Sala de Cirugía :

- Mesa Quirúrgica

- Lámpara Cielítica
- Máquina de Anestesia
- Equipo de Monitoreo y Desfibrilador
- Electrobisturí quirúrgico
- Instrumental quirúrgico (equipos)

4. ANALISIS

Revisando el Microscopio para cirugía de Oftalmología y Central, "otorrino" de Julio hasta el 31 de Diciembre de 1988, encontramos que se realizaron 5010 procedimientos

3.4.3. Personal :

quirúrgicos, de los cuales 949 correspondieron a Cirugía Ambulatoria que representa el 18.94% del total realizado (cuadro N°1).

- Enfermera Jefe
- Instrumentadora
- Auxiliares de Enfermería
- Médico Anestesiólogo N° 1
- Médicos Cirujanos
- Personal Administrativo

CIRUGIA AMBULATORIA

CIRUGIA H. M. C. Junio - Dic 1988	5.010
CIRUGIA AMBULATORIA	949
PORCENTAJE CIRUGIA AMBULATORIA H. M. C.	18.94%

Comparado este porcentaje con los informes nacionales y extranjeras (2,3,4,7,10,16) observamos que es bajo ya que el promedio aceptado oscilaría entre un 30 a 40% del volumen quirúrgico de cualquier hospital.

Del análisis del cuadro N° 2 podemos observar que tan solo el servicio de Oftalmología con un 40.8% cumpliría con el

porcentaje calculado. El servicio de Urología realiza un 22.5% de sus cirugías en forma ambulatoria, pero en el gran total del Hospital corresponde a un 14.2%, lo cual nos muestra que está por debajo de lo esperado para este tipo de Sistema. Los demás servicios tienen porcentajes

4. ANALISIS

Revisada la estadística quirúrgica del Hospital Militar Central, desde el 1° de Julio hasta el 31 de Diciembre de 1988, encontramos que se realizaron 5010 procedimientos quirúrgicos, de los cuales 949 correspondieron a Cirugía Ambulatoria que representa el 18.94% del total realizado (cuadro N°1).

	TOTAL CIRUGIA	% CIRUGIA SERVICIO	% CIRUGIA H. M. C.
--	---------------	--------------------	--------------------

PROTESIS Y AMPUTADOS

CUADRO N° 1

PROTESIS Y AMPUTADOS	38	7.82%	0.3%
----------------------	----	-------	------

CIRUGIA PEDIATRICA

CIRUGIA AMBULATORIA

CIRUGIA PEDIATRICA	194	29.4%	6.0%
--------------------	-----	-------	------

CIRUGIA

CIRUGIA H. M. C. Junio - Dic 1988	5.010	6.0%	3%
-----------------------------------	-------	------	----

CIRUGIA AMBULATORIA

949

PLASTICA	462	20.1%	9.8%
----------	-----	-------	------

PORCENTAJE CIRUGIA AMBULATRORIA H. M. C.	18.94%
--	--------

ORTOPEDIA	1.025	11.7%	12.6%
-----------	-------	-------	-------

OFTALMOLOGIA	761	30.8%	40.8%
--------------	-----	-------	-------

Comparado este porcentaje con los informes nacionales y extranjeros (2,3,4,7,10,16) observamos que es bajo ya que

el promedio aceptado oscilaria entre un 30 a 40% del

volúmen quirúrgico de cualquier hospital. 14.2%

Del análisis del cuadro N° 2 podemos observar que tan solo el servicio de Oftalmología con un 40.8% cumpliria con el

porcentaje calculado. El servicio de Urología realiza un 22.5% de sus cirugías en forma ambulatoria, pero en el gran total del Hospital corresponde a un 14.2%, lo cual nos muestra que esta por debajo de lo esperado; para este tipo de Sistema. Los demás servicios tienen porcentajes muy inferiores.

La experiencia obtenida en la sala de cirugía de CATAM, en los tres últimos años, nos ha mostrado una morbilidad menor del 0.3%, absceso de pared en dos casos y i sangrado postanigdales.

CUADRO N° 2

CIRUGIA AMBULATORIA H. M. C. Junio - Dic 1988

SERVICIO	TOTAL CIRUGIA	% CIRUGIA SERVICIO	% CIRUGIA H. M. C.
PROTESIS Y AMPUTADOS	38	7.8%	0.3%
CIRUGIA PEDIATRICA	194	29.4%	6.0%
CIRUGIA GENERAL	997	6.0%	6.3%
CIRUGIA PLASTICA	462	20.1%	9.8%
ORTOPEDIA	1.025	11.7%	12.6%
OFTALMOLOGIA	761	50.8%	40.8%
OTORRINOLARINGOL.	714	16.2%	12.2%
CIRUGIA MAXILOFACIAL	84	3.3%	2.9%
UROLOGIA	600	22.5%	14.2%

La morbilidad presentada dentro de un Programa Ambulatorio son menores del 1% (2,3,5,10,13,14,15,16), lo cual refleja

la técnica quirúrgica empleada, siendo ésta una de las principales cualidades del Programa; garantizándole al paciente una evolución postquirúrgica excelente. De igual manera la mortalidad presentada es de 0%.

5. CONCLUSIONES

La experiencia obtenida en la sala de cirugía de CATAM, en 1- La Cirugía Ambulatoria es un sistema quirúrgico los tres últimos años, nos ha mostrado una morbilidad aceptada mundialmente, con el cual se han rebajado costos, menor del 0,5%, absceso de pared en dos casos y 1 día de hospitalización, mayor disponibilidad de cama-día sangrado postamigdalectomía.

para las instituciones, y atención personalizada dada por

La regulación de los procedimientos quirúrgicos nos ha llevado a disminuir los gastos de anestésicos, suturas y

drogas utilizadas en mas de un 60% (trabajo por

2- Al implementar un Programa de Cirugía Ambulatoria en presentar), lo cual muestra la bondad de este sistema.

las diferentes Unidades de las Fuerzas se logrará:

En las publicaciones Nacionales y extranjeras informan de una disminución en los costos, que oscilan entre un 25 al 55%, lo cual es una ventaja grande para entidades y personas con presupuesto escaso. (1,4,10,13)

diferentes Unidades, tendrán una mejor utilización;

Al lograr implementar este programa obtendremos una mayor ya que se disminuyen los gastos por hospitalización y utilización de los recursos disponibles en los elementos quirúrgicos de cada procedimiento.

Dispensarios de Brigada, y descongestionariamos al

- El reintegro de los usuarios a su trabajo se realiza Hospital Militar Central de este tipo de cirugía, con mayor mayor prontitud, ya que este tipo de facilitándole la atención especializada de tercer nivel.

Programa se efectuará en Unidad o cerca de ella sin

el consiguiente hospitalismo.

- La atención que recibe el paciente será más oportuna

y en igual circunstancia la resolución de su problema.

- Permitir emplear mejor al personal profesional en sus diferentes especialidades.

5. CONCLUSIONES

- Finalmente al llevar a cabo este P.C.A. en las

1- La Cirugía Ambulatoria es un sistema quirúrgico aceptado mundialmente, con el cual se han rebajado costos, días de hospitalización, mayor disponibilidad de cama-día para las Instituciones, y atención personalizada dada por especialistas, con la consiguiente baja morbilidad y mortalidad. Son las enunciadas en el anexo A.

2- Al implementar un Programa de Cirugía Ambulatoria en las diferentes Unidades de las Fuerzas se logrará:

- Disminuir los costos de atención médico-quirúrgico.
- Disminuir los costos para los pacientes (pasajes, alimentación, hospedaje, etc).
- Las Partidas de Servicios Médicos asignadas a las diferentes Unidades, tendrán una mejor utilización; ya que se disminuyen los gastos por hospitalización y elementos quirúrgicos de cada procedimiento.
- El reintegro de los usuarios a su trabajo se realiza con mayor prontitud, ya que este tipo de Programa se efectuará en Unidad o cerca de ella sin el consiguiente hospitalismo.
- La atención que recibe el paciente será más oportuna

y en igual circunstancia la resolución de su problema.

- Permite emplear mejor al personal profesional en sus diferentes especialidades.

A. RECOMENDACIONES

- Finalmente al llevar a cabo este P.C.A. en las

- A Unidades, se beneficia el Hosmil, ya que se disminuye la solicitud de consultas y cirugía de esta clase aproximadamente entre un 30-40%, permitiendo su utilización como Hospital de tercer Nivel.

- Se debe dar a conocer a los Altos Mandos Militares y Directores de Sanidad de las Fuerzas.
- Las cirugías que se pueden realizar dentro de este programa son las enunciadas en el anexo A.

- Que se de a conocer a todos los Oficiales de Sanidad de las diferentes Fuerzas, con el fin de fortalecer el Programa.

- Que se apropien las partidas presupuestales para los próximos años, con el fin de ejecutar el Programa.

- Que se haga una evaluación del Programa al término de un año de ejecución.

REFERENCIAS Y RECOMENDACIONES

- A pesar de las limitaciones actuales en nuestras Unidades, se recomienda la implantación de un Programa de Cirugía Ambulatoria.

1- Armitage EN, Howat JM and Long FW. A day-surgery outpatient clinic. Lancet 1975; 2: 21 - 23

- Sería de bendicir a conocer a los Altos Mandos Militares y Directores de Sanidad de las Fuerzas.

Med P. Rico 1982; 74: 186 - 188

- Que se de a conocer a todos los Oficiales de Sanidad de las diferentes Fuerzas, con el fin de fortalecer el Programa.

3- Bartlett MK. The role of surgery on ambulatory patients in one teaching hospital. Arch Surg 1979; 114: 319 - 320

- Que se apropien las partidas presupuestales para los próximos años, con el fin de ejecutar el Programa.

5- Canacho F. Programa de cirugía ambulatoria. Bogotá, Hospital Santa Clara, 1979

- Que se haga una evaluación del Programa al término de un año de ejecución.

6- Cohen D, et al. Experience with day stay surgery. J Pediatr Surg 1980; 15: 21 - 25

7- Davis JE and Detmer DE. The ambulatory surgical unit. Ann Surg 1972; 175: 856 - 862

8- Delgado F. MD. Cirugía Ambulatoria en Sanidad Ejército. Escuela Lógica, Bogotá, 1983

9- Detmer DE. Sounding board. Ambulatory surgery. N Engl J

Med 1981; 305: 1406 - 1409

10- Detmer DE and Buchanan-Davidson DJ. Ambulatory surgery. Surg Clin North Am 1982; 62: 685 - 703

11- Hospital San José. Resumen de actividades del programa de cirugía ambulatoria, costos, resultados y proyección. Bogotá, Col. Jun 1983

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Armitage EN, Howat JM and Long FW. A day-surgery outpatient clinic. Lancet 1975; 2: 21 - 23
- 2- Armstrong RA and EN Cintron. Ambulatory surgery at Ponce Regional Hospital. Bol Asoc Med P. Rico 1982; 74: 186 - 188
- 3- Bartlett MK. The role of surgery on ambulatory patients in one teaching hospital. Arch Surg 1979; 114: 319 - 320
- 4- CAFAM. Programa de Cirugía Simplificada. Sección de Especialidades. División de Salud, Bogotá. 1982
- 5- Camacho F. Programa de cirugía ambulatoria. Bogotá, Hospital Santa Clara, 1979
- 6- Cohen D, et al. Experience with day stay surgery. J Pediatr Surg 1980; 15: 21 - 25
- 7- Davis JE and Detmer DE. The ambulatory surgical unit. Ann Surg 1972; 175: 856 - 862
- 8- Delgado F. MD. Cirugía Ambulatoria en Sanidad Ejercito. Escuela Lógica, Bogotá, 1983
- 9- Detmer DE. Sounding board. Ambulatory surgery. N Engl J

Med 1981; 305: 1406 - 1409

- 10- Detmer DE and Buchaman-Davidson DJ. Ambulatory surgery. Surg Clin North Am 1982; 62: 685 - 703
- 11- Hospital San José. Resumen de actividades del programa de cirugía ambulatoria, costos, resultados y proyección. Bogotá, Col. Jun 1983
- 12- Instituto de Seguros Sociales. Seccional Cundinamarca y Distrito Especial. 1982
- 13- Latorre PA y Urrego G. Programa de Cirugía Ambulatoria. Bogotá, Hospital Militar Central, 1982
- 14- Lechter A. Cirugía de Varices. Cuidado en casa. Resumen del Congreso de Cirugía Cardiovascular. Brasil, 1973
- 15- Natof HE. Complications associated with ambulatory surgery. JAMA 1980; 1116 - 1118
- 16- Wolff J and Dunnihoo DR. A freestanding ambulatory surgical unit. A success failure?. Am J Obstetr Gynecol 1982, 270 - 276

15. Extirpación - Biopsia amplia de tumor maligno de piel y tejido celular subcutáneo. Excluye: cierre con colgajos extensos

ANEXO A

16. Operación plástica en 7 de tejido contraído y de
- OPERACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS**

17. Operación plástica de labio y otras partes de la boca: estomatoplastia
- NIVEL I**

CIRUGIA GENERAL, CIRUGIA PLASTICA Y TUMORES partes de la

1. Evacuación de hemorroides trombosadas
 2. Extirpación de mama supernumeraria
 3. Extracción de cuerpo extraño de piel y tejido celular subcutáneo
 4. Desbridamiento de piel y tejido celular subcutáneo
 5. Extirpación - Biopsia de trayecto fistuloso de piel y tejido celular subcutáneo
 6. Escisión de hiperqueratosis facial
 7. Escisión de cicatrices
- ORTOPEDIA**
8. Escisión de fístulas preauriculares
 9. Escisión - Biopsias de quiste de inclusión
 10. Escisión - Biopsia de lipoma
 11. Biopsia ganglios cervicales, axilares e inguinales
 12. Fulguración y/o escisión biopsia de nevos
 13. Fulguración y/o escisión de verrugas. Se excluye pene
 14. Fulguración y/o escisión de condilomas acuminados. Se

14. Extirpación - Biopsia amplia de tumor maligno de piel
15. Extirpación - Biopsia amplia de tumor maligno de piel
16. Operación plástica en Z de tejido contraído y de cicatriz (zetoplastia) (ángica)
17. Operación plástica de labio y otras partes de la boca: estomatoplastia (tenosinovitis estenosante de labio)
18. Operación plástica de labio y otras partes de la boca: (injerto o colgajo)
19. Operación plástica de labio y otras partes de la boca: injerto epidérmico (artillo) (topoplastia)
20. Operación plástica de labio y otras partes de la boca: injerto pediculado (tendinosa)
21. Operación plástica de labio y otras partes de la boca: piel libre
22. Injerto cutáneo libre (áreas 6x6 cms)

ORTOPEDIA

23. Extirpación de lesión de músculo 1/3 inf.
24. Biopsia de lesiones óseas
44. Recesión de bursa olecraneana
- ### MANO
25. Resección tumores óseos (sin incisión)
26. Reducción cerrada de fractura de la muñeca
27. Amputación de dedo de la mano excepto del pulgar
28. Amputación y desarticulación del pulgar

29. Tratamiento de la polidactilia (amputación de dedo
 48. Aspsupernumerario excepto del pulgar)
 30. Tratamiento de la polidactilia (amputación y
 desarticulación del pulgar)

31. Artrocentesis

RODILLA

32. Sinovectomia metacarpo falángica
 50. Tratamiento del hidrosa prerrotuliano
 33. Artrodesis interfalángica y metacarpofalángica
 31. Artrocentesis
 34. Tratamiento de la tenosinovitis estenosante de
 52. Introducción de sustancia o líquido terapéutico en la
 Quervain (lesión de vaina tendinosa)
 bolsa sinovial
 35. Resección de ganglión
 36. Tenorrafia extensores de los dedos
 37. Tratamiento del dedo en martillo (tenoplastia)
 38. Tratamiento del dedo en Butonoiere (tenoplastia)
 39. Aspiración de bolsa sinovial tendinosa
 40. Introducción de sustancia o líquido terapéutico en la
 57. Bolsa sinovial
 41. Artrólisis de los dedos en martillo del pie
 59. Artrodesis metatarsófalángicas e interfalángicas

ANTEBRAZO

60. Fasciotomía plantar
 42. Reducción cerrada de fractura del 1/3 inf.
 61. Amputación del metatarsiano
 43. Artrocentesis
 62. Introducción de sustancia o líquido terapéutico en
 44. Recesión de bursa olecraneana
 la bolsa sinovial
 45. Extracción de dispositivo de inmovilización (con o
 63. Introducción de sustancia o líquido terapéutico en
 sin incisión)
 la bolsa sinovial

HOMBRO

- Reducción cerrada de fractura del tobillo
 46. Artrografía

47. Artrocentesis

48. Aspiración de bolsa sinovial tendinosa

49. Introducción de sustancia o líquido terapéutico en la

50. bolsa sinovial

RODILLA

50. Tratamiento del hidroma prerrotuliano con fines de

51. Artrocentesis

52. Introducción de sustancia o líquido terapéutico en la

UROLOGIA

bolsa sinovial

48. Circuncisión

PIE Escisión focal y destrucción de lesión del pene.

53. Artrocentesis curación de verrugas venéreas

54. Tratamiento de la uña encarnada

55. Amputación de artejos

56. Resección de cabeza de metatarsiano

57. Resección de juanetillo

58. Corrección de los dedos en martillo del pie

59. Artrodesis metatarsofalángicas e interfalángicas

60. Fasciotomía plantar

61. Amputación del metatarsiano

62. Introducción de sustancia o líquido terapéutico en

79. la bolsa sinovial

63. Introducción de sustancia o líquido terapéutico en

81. la bolsa sinovial primer tiempo

64. Reducción cerrada de fractura del tobillo

83. Reducción de parafimosis

OBSTETRICIA -ión del pene

- 65. Dilatación y curetaje después del aborto, aborto no séptico, hasta de 10 semanas de gestación
- 66. Aborto terapéutico
- 67. Dilatación de la uretra

GINECOLOGIA

- 68. Extracción de cálculos de la uretra sin incisión
- 67. Dilatación y curetaje del útero con fines de diagnóstico (endoscopia)

OFTALMOLOGIA

UROLOGIA

- 69. División quirúrgica de la papila lagrimal
- 68. Circuncisión
- 90. Drenaje de la papila lagrimal
- 69. Escisión focal y destrucción de lesión del pene,
- 91. Exploración papila lagrimal (extracción cuerpo extraño) incluye fulguración de verrugas venéreas
- 70. Biopsia de conducto deferente
- 92. Dacriocanadectomía
- 71. Biopsia de epididimo
- 93. Dacriocistectomía
- 72. Biopsia de escroto
- 94. Incisión (y drenaje) con raspado de absceso,
- 73. Biopsia de pene (chalazión quiste (meibomiano o del tarso palpebral))
- 74. Biopsia de próstata
- 95. Extirpación de chalazión
- 75. Biopsia de testículo
- 96. Incisión con extirpación de cápsula (chalazión)
- 76. Orquiectomía unilateral
- 97. Escisión y destrucción de quiste sebáceo del párpado
- 77. Orquiectomía bilateral
- 98. Escisión y destrucción del tumor del párpado
- 78. Vasectomía unilateral
- 99. Sutura de párpado
- 79. Vasectomía bilateral
- 100. Tarsorrafia
- 80. Meatotomía
- 101. Cura quirúrgica de ectropión (Kuhnt-Szymanowski)
- 81. Uretoplastia anterior primer tiempo
- 102. Cura quirúrgica de ectropión (Wheeler)
- 82. Cistotomía - Talla vesical
- 103. Reposición del borde palpebral (restauración plástica)
- 83. Reducción de parafimosis

- 84. Amputación del pene
- 85. Extracción de cálculos y drenaje de la vejiga sin
108. E. incisión (endoscopia)
- 86. Fístulectomia uretral
- 87. Dilatación de la uretra
- 88. Extracción de cálculos de la uretra sin incisión
109. C. (endoscopia)

110. Cura quirúrgica de epicantero (reparación plástica)

OFTALMOLOGIA

- 111. Acortamiento del músculo elevador del párpado y sus
89. División quirúrgica de la papila lagrimal
tendones
- 90. Drenaje de la papila lagrimal
- 112. Acortamiento del músculo elevador del párpado y sus
91. Exploración papila lagrimal (extracción cuerpo
tendones
extraño)
- 113. Cura quirúrgica de blefaroptosis (método por sutura
92. Dacrioadenectomia
de párpado)
- 93. Dacriocistectomia
- 114. Incisión y drenaje de la conjuntiva
94. Incisión (y drenaje) con raspado de absceso,
115. Extracción de cuerpo extraño de la conjuntiva,
chalazión quiste (meibomiano o del tarso palpebral)
excluye extracción por medio del ián
- 95. Extirpación de chalazión
116. Extirpación de ectopías de la conjuntiva
- 96. Incisión con extirpación de cápsula (chalazión)
- 117. Extirpación de quiste de la conjuntiva
97. Escisión y destrucción de quiste sebáceo del párpado
118. Extirpación de papiloma de la conjuntiva
- 98. Escisión y destrucción del tumor del párpado
119. Extirpación de pterigión simple de la conjuntiva
- 99. Sutura de párpado
120. Extirpación de quiste de la conjuntiva, excluye
- 100. Tarsorrafia
diseción de pterigión con transposición
- 101. Cura quirúrgica de ectropión (Kuhnt-Szymanowski)
- 121. Resección de la conjuntiva por pterigión
- 102. Cura quirúrgica de ectropión (Wheleer)
- 122. Destrucción de adherencias de la conjuntiva
- 103. Reposición del borde palpebral (restauración plástica
(simblefaron)

123. Es (de la ceja) segmento de músculo ocular y sutura
104. Tarsoplastia
105. Extirpación de pestañas ocular con anteposición o
106. Cantectomía
107. Cantoplastia músculo ocular con sutura en el punto de
108. Cantorrafia original
109. Cantotomía de Hunselischeim
110. Cura quirúrgica de epicanto (reparación plástica)
111. Acortamiento del músculo elevador del párpado y sus tendones
112. Acortamiento del músculo elevador del párpado y sus tendones
113. Cura quirúrgica de blefaroptosis (método por sutura
131. Red de párpado) de la retina con rayo laser
114. Incisión y drenaje de la conjuntiva por enfermedad
115. Extracción de cuerpo extraño de la conjuntiva,
133. Excluye extracción por medio del imán por tumor y
116. Extirpación de epiteloma de la conjuntiva
117. Extirpación de nevus de la conjuntiva
118. Extirpación de papiloma de la conjuntiva
119. Extirpación de pterigión simple de la conjuntiva
120. Extirpación de quiste de la conjuntiva, excluye
- NIVEL II
- disección de pterigión con transposición
121. Resección de la conjuntiva por pterigión
122. Destrucción de adherencias de la conjuntiva
- 2... Ex (simblefaron) quiste branquiogéno

123. Escisión de segmento de músculo ocular y sutura
4. H. subsiguiente
124. Resección de músculo ocular con anteposición o
6. H. retroposición del mismo al
125. Resección de músculo ocular con sutura en el punto de
8. H. inserción original
126. Operación de Hummelsheim
127. Transplante del músculo ocular
128. Extracción de cuerpo extraño de la córnea o de la
12. H. esclerótica de otros sitios, (no incluye hernia del
129. Diatermia del cuerpo ciliar (superficial o
13. H. penetrante)
130. Aspiración de la cámara anterior del ojo
131. Reinserción de la retina con rayo laser
132. Fotocoagulación de la retina efectuada por enfermedad
17. H. de Eales
133. Fotocoagulación de la retina efectuada por tumor y
19. H. otras lesiones
134. Discisión del cristalino o de catarata
135. Capsulotomía del cristalino
136. Extracción lineal del cristalino (fibroquística)

23. Extirpación - Biopsia de trayecto de piel y tejido
NIVEL II
celular subcutáneo

CIRUGIA GENERAL - Biopsia de granuloma a cuerpo extraño

1. Extirpación de fístula y/o quiste tirogloso
2. Extirpación de quiste branquiogeno de condilomas

3. Operación para várices no complicadas
 4. Herniorrafia inguinal y submaxilar
 5. Herniorrafia inguinal recidivante (parotidectomía)
 6. Herniorrafia crural (femoral)
 7. Herniorrafia crural (femoral) recidivante, axilares o
 8. Eventrorrafia de 6x6 cms
 9. Herniorrafia epigástrica
 10. Herniorrafia de Spiegel
- CIRUGIA PLÁSTICA O MAXILOFACIAL
11. Herniorrafia umbilical
 30. Extirpación de biopsia amplia de tumor maligno de
 12. Herniorrafia de otros sitios, (no incluye hernia del
piel y tejido celular subcutáneo. Incluye cierre
diafragma)
 13. Drenaje de absceso esquiorectal y perianal
 31. Zetoplastia
 14. Cripectomía anal
 32. Operación plástica de labio y otras partes de la boca
 15. Fistulectomía anal
injerto con colgajo
 16. Fisurectomía anal
 33. Operación plástica de labio y otras partes de la boca
 17. Hemorroidectomía
injerto epidérmico
 18. Extirpación de quiste o fístula pilonidal
 34. Operación plástica de labio y otras partes de la boca
 19. Escisión del pezón
injerto pediculado
 20. Extirpación de fibroadenoma
 35. Operación plástica de labio y otras partes de la boca
 21. Extirpación del sistema ductal
injerto con piel libre
 22. Extirpación del quiste (enfermedad fibroquistica)
 36. Tratamiento de labio leporino
 23. Extirpación - Biopsia de trayecto de piel y tejido
 37. Corte y preparación de pedículo o del colgajo para
celular subcutáneo
injerto
 24. Extirpación - Biopsia de granuloma a cuerpo extraño
 38. Inserción del pedículo o colgajo áreas distintas a la
de piel y tejido celular subcutáneo
mano
 25. Fulguración y/o escisión - Biopsia de condilomas

- 39. Deracuminados
- 26. Extirpación de glándula submaxilar prominente
- 27. Extirpación de glándula parótida (parotidectomía)
- 42. Trilesión benigna a ptosis palpebral
- 28. Biopsia de ganglios linfáticos cervicales, axilares o
- 44. Inguinales profundos de la nariz
- 29. Biopsia preescalénica de la nariz

46. Incisión del maxilar para drenaje o exploración

CIRUGIA PLASTICA O MAXILOFACIAL

- 47. Extirpación y destrucción de lesión del maxilar
- 30. Extirpación de biopsia amplia de tumor maligno de
- 48. Excisión de elementos articulares del maxilar
piel y tejido celular subcutáneo. Incluye cierre
- 49. Reparación y operación plástica del maxilar sin
por colgado cutáneo
substituto inerte; desarticulación de la rama del
- 31. Zetoplastia
maxilar
- 32. Operación plástica de labio y otras partes de la boca
- 50. Reparación y operación plástica del maxilar con o sin
injerto con colgajo
substituto inerte; genioplastia
- 33. Operación plástica de labio y otras partes de la boca
- 51. Reducción de luxación del maxilar inferior
injerto epidérmico
- 52. Ruptura de anquilosis del maxilar
- 34. Operación plástica de labio y otras partes de la boca
- 53. Reducción cerrada de fractura del malar o arco
injerto pediculado
cigomático
- 35. Operación plástica de labio y otras partes de la boca
- 54. Reducción abierta de fractura del malar, cigoma o
injerto con piel libre
arco cigomático
- 36. Tratamiento de labio leporino
- 55. Reducción cerrada de fractura del maxilar superior
- 37. Corte y preparación de pedículo o del colgajo para
(leffort I)
injerto
- 56. Reducción abierta de fractura del maxilar superior
- 38. Inserción del pedículo o colgajo áreas distintas a la
con inmovilización dental (leffort II)
mano
- 57. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior

39. Dermabradación *inmovilización dental o directa*
40. Corrección quirúrgica de la oreja prominente
41. Reconstrucción de la oreja con injerto
42. Tratamiento de la ptosis palpebral
resección completa
43. Reducción de fractura de los huesos nasales
44. Sección del tabique de la nariz
45. Rinoplastia y reparación de la nariz
46. Incisión del maxilar para drenaje o exploración
47. Extirpación y destrucción de lesión del maxilar
48. Escisión de elementos articulares del maxilar
49. Reparación y operación plástica del maxilar sin
substituto inerte: desarticulación de la rama del
maxilar
50. Reparación y operación plástica del maxilar con o sin
substituto inerte: genioplastia
51. Reducción de luxación del maxilar inferior
52. Ruptura de anquilosis del maxilar
53. Reducción cerrada de fractura del malar o arco
cigomático
54. Reducción abierta de fractura del malar, cigoma o
arco cigomático
55. Reducción cerrada de fractura del maxilar superior
56. Reducción abierta de fractura del maxilar superior
(leffort I)
57. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
58. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
59. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
60. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
61. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
62. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
63. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
64. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
65. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
66. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
67. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
68. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
69. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
70. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
71. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
72. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
73. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
74. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
75. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
76. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
77. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
78. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
79. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)
80. Reducción abierta de fractura del maxilar inferior
con inmovilización dental (leffort II)

con inmovilización dental o directa

59. Operación plástica de seno paranasal

OTORRINOLARINGOLOGÍA

51. Reparación de fistula sinusal

58. Escisión y destrucción del oído externo: amputación o

52. Sinusotomía paranasal, excepto atoidectomía y
resección completa

53. Esfenoidectomía

59. Operación plástica del conducto auditivo externo

53. Escisión focal y destrucción de lesión de la laringe

60. Otonecreptomía

de las cuerdas vocales y de la tráquea

61. Timpanotomía

54. Amigdalectomía

62. Timpanoplastia tipo I (miringoplastia)

55. Amigdalectomía con adenoidectomía

63. Timpanoplastia de otros tipos (II-III-IV-V)

56. Adenoidectomía sin amigdalectomía

64. Extirpación de secuestro de la nariz

57. Tratamiento de leucoplaquia de faringe

65. Extirpación de lesión de nasofaringe

58. Tratamiento de tiroides lingual subtotal

66. Extirpación de tumor de la nariz

59. Fistulectomía de faringe

67. Turbinectomía

90. Dilatación de la faringe

68. Cirugía de la ozena

91. Extracción de cuerpo extraño de la faringe

69. Sinusotomía maxilar radical (Caldwell- Luc)

70. Sinusotomía (antrotomía)

71. Drenaje de hematoma seno paranasal (neoplasia)

72. Etmoidotomía

MANO

73. Exploración de seno paranasal

93. Tratamiento de la pseudoartrosis del escafoideas

74. Extracción de cuerpo extraño senos paranasales

94. Tratamiento de la sindactilia

75. Sinusotomía fenestración

95. Inserción del pedículo o colgajo del injerto de la

76. Etmoidectomía

MANO

77. Exéresis de los cornetes medio y superior

96. Tratamiento de la enfermedad de Dupuytren con injerto

78. Exanteración de las células del etmoides

97. Tratamiento del síndrome del túnel carpiano

79. Escisión de diente, hueso, membrana mucosa o lesión

98. Amputación de la mano

ANTEBRADE seno paranasal

- 80. Operación plástica de seno paranasal
- 81. Reparación de fístula sinusal
- 82. Sinusectomía paranasal, excepto atmoidectomía y
- 102. Esfenoidectomía
- 83. Escisión focal y destrucción de lesión de la laringe
- 104. Ray de las cuerdas vocales y de la tráquea
- 84. Amigdalectomía
- 85. Amigdalectomía con adenoidectomía
- 86. Adenoidectomía sin amigdalectomía
- 87. Tratamiento de leucoplaquia de faringectosa de los
- 88. Tratamiento de tiroides lingual subtotal
- 89. Fistulectomía de faringe
- 90. Dilatación de la faringe
- 91. Extracción de cuerpo extraño de la faringe
- 111. Reducción cerrada de fractura del codo con

ORTOPEDIA

- 92. Extirpación de lesión de músculo (neoplasia)
- 113. Introducción de dispositivo de inmovilización directa enclavamiento medular ciego (sin incisión ni visión directa)

MANO

- 93. Tratamiento de la pseudoartrosis del escafoides
- 94. Tratamiento de la sindactilia de la articulación
- 95. Inserción del pedículo o colgajo del injerto de la mano

BRAZO

- 96. Tratamiento de la enfermedad de Dupuytren con injerto
- 115. Resección de tumor benigno de húmero
- 97. Tratamiento del síndrome del túnel carpiano
- 116. Aputación
- 98. Amputación de la mano

ANTEBRAZO osteítis de olécranon

99. Transposición del nervio ulnar (supracondilea)
 100. Resección de la cabeza del radio o mediano
 101. Resección de la extremidad distal de la ulna
 102. Amputación del antebrazo por unión defectuosa de los
 103. Tratamiento de la enfermedad de Madelung
 104. Neurorrafia del nervio ulnar o mediano úmero. Incluye
 105. Exploración del nervio ulnar o mediano ización externa
 106. Osteotomía correctora de huesos de antebrazo
- HOMBRO**
107. Neurolisis nervio ulnar o mediano
 108. Refractura de hueso por unión defectuosa de los
 109. Separación de adherencias
 110. Reducción cerrada de fractura del codo. Incluye
 111. Reducción cerrada de fractura del codo con
 112. Reducción cerrada de fractura del antebrazo
 113. Reparación y operación plástica de la articulación
 114. Reducción cerrada de luxación

BRAZO incisión ni visión directa)

115. Resección de tumor benigno de húmero

COLUMNA

116. Amputación

117. Biopsia

117. Osteosíntesis de olécranon
118. Osteotomía correctora de húmero (supracondilea)
119. Exploración de nervio ulnar, radial o mediano
120. Neurorrafia de nervio ulnar, radial o mediano
121. Refractura de hueso por unión defectuosa de los fragmentos
122. Reducción cerrada de fractura del húmero. Incluye aplicación de dispositivo de inmovilización externa
123. Biopsia de fémur
124. Reparación del tendón del cuádriceps
125. Aputación del muslo
126. Neurectomía extrapélvica del obturador

HOMBRO

123. Artrotomía
124. Fistulectomía (articular)
125. Sinovectomía (articular)
126. Reparación y operación plástica de la articulación
127. Reducción cerrada de luxación
128. Bursotomía
129. Bursectomía
130. Elongación de aponeurosis, músculo y tendón
131. Reducción cerrada de fractura del hombro. Incluye aplicación de dispositivo de inmovilización externa
132. Reducción cerrada de fractura del hombro con introducción de dispositivo de inmovilización directa. Enclavijamiento medular ciego (sin incisión ni visión directa)

149. Reducción cerrada de fracturas del fémur (niños)

COLUMNA

133. Biopsia

134. Resección del Coxis

CADERA Y MUSLO

135. Artrografía

136. Fasciotomía de cades (OBER-Young)

137. Biopsia de Fémur

138. Reparacupión del tendón del cuádriceps

139. Amputación del muslo

140. Neurectomía extrapélvica del obturador

141. Artrotomía

142. Reducción cerrada de fractura de rodilla con aplicación de dispositivo de inmovilización externa

142. Fistulectomía

143. Sinovectomía (articular)

144. Refractura de hueso por unión defectuosa de los

fragmentos

145. Artrotomía

145. Reducción cerrada de desprendimiento de la epífisis superior del fémur

146. Sinovectomía

146. Elongación de aponeurosis, músculo y tendón

146. Reducción cerrada de fractura intertrocanterea

147. Fistulectomía

147. Reducción cerrada de fractura intertrocanterea con introducción de dispositivo de inmovilización

148. Redirección abierta de fractura del tobillo sin

148. Reducción cerrada de otras fracturas de la cadera

149. Reducción cerrada de otras fracturas de la cadera con introducción de dispositivo de inmovilización

149. Reducción cerrada de otras fracturas de la cadera con introducción de dispositivo de inmovilización

149. Reducción cerrada de otras fracturas de la cadera con introducción de dispositivo de inmovilización

149. Reducción cerrada de otras fracturas de la cadera con introducción de dispositivo de inmovilización

149. Reducción cerrada de otras fracturas de la cadera con introducción de dispositivo de inmovilización

149. Reducción cerrada de otras fracturas de la cadera con introducción de dispositivo de inmovilización

149. Reducción cerrada de otras fracturas de la cadera con introducción de dispositivo de inmovilización

149. Reducción cerrada de otras fracturas de la cadera con introducción de dispositivo de inmovilización

149. Reducción cerrada de otras fracturas de la cadera con introducción de dispositivo de inmovilización

RODILLA

- 150. Escisión de quiste poplíteo
- 151. Cerclaje de rótula (método de Anderson)
- 152. Patelectomía parcial
- 153. Patelectomía total
- 154. Meniscectomía
- 155. Tratamiento de la luxación recidivante de rótula
- 156. Reducción cerrada de fractura de la rodilla. Incluye aplicación de dispositivo de inmovilización externa
- 157. Reducción cerrada de fractura de rodilla con introducción de dispositivo de inmovilización
- 158. Artrrotomía
- 159. Sinovectomía
- 160. Elongación de aponeurosis, músculo y tendón
- 161. Fistulectomía

GINECOLOGIA

PIERNA

- 162. Reducción abierta de fractura del tobillo sin aplicación de dispositivo de inmovilización directa
- 163. Reducción cerrada de fractura de la pierna. Incluye aplicación de dispositivo de inmovilización externa
- 164. Alargamiento del Tendón de Aquiles
- 165. Amputación
- 166. Osteotomía correctora de huesos de la pierna

167. Tratamiento de la pseudoartrosis (método de
188. S. Fhemister) bilateral

168. Alargamiento de Tibia (fórmula de Anderson)

190. Reparación y operación de la trompa de falopio

PIE

191. Ligadura y sección bilateral de las trompas de

169. Resección de espolón calcáneo

170. Amputación transmetatarsiana

171. Reparación del Tendón de Aquiles (tenorrafía)

172. Operación de Hallux - Valgus

173. Reparación de los ligamentos del tobillo

174. Amputación del cuello del pie (Syme)

175. Artrodesis sub-astragalina (Grice Bachetler)

176. Transferencias tendinosas del tibial anterior y

peroneos

177. Fistulectomía del tobillo

178. Reparación y operación plástica de articulación del

pie o dedo del pie (artoplastia)

202. Douglascopia para ligadura y sección bilateral de

GINECOLOGIA

179. Ooforotomía para biopsia de ovario o trompas

180. Escisión focal o destrucción de lesión del ovario lateral

181. Ooforectomía unilateral

182. Salpingooforectomía unilateral de ovario o trompas

183. Ooforectomía bilateral

UROLOGIA

184. Salpingooforectomía bilateral

206. Cistotomía para extracción de cálculos

185. Reparación y operación plástica del ovario

207. Cistotomía para extracción de coágulos

186. Otras operaciones del ovario

187. Salpingectomia unilateral
188. Salpingectomia bilateral
189. Salpingostomia y anastomosis
190. Reparación y operación de la trompa de falopio
191. Ligadura y sección bilateral de las trompas de falopio
192. Himenotomía
193. Incisión de estenosis y de tabique vaginal
194. Cleisis de Lefort
195. Extirpación de tabique vaginal
196. Himenectomía
197. Vaginectomía

OFTALMOLOGIA

198. Colpoperineorrafia
199. Himenorrafia
200. Cura quirúrgica de cistocele y rectocele
201. Escisión de quiste de Bartholin
202. Douglascopia para ligadura y sección bilateral de trompas
203. Douglascopia para biopsia de ovario o trompas
204. Colpotomía anterior para ligadura y sección bilateral de trompas
205. Colpotomía anterior para biopsia de ovario o trompas

UROLOGIA

206. Cistotomía para extracción de cálculos
207. Cistotomía para extracción de coágulos. Excluye la

- 208. Cistotomía para extracción de cuerpo extraño
- 209. Orquiopexia
- 210. Cura de hidrocele y hematocele
- 211. Varicocelelectomía
- 212. Uretrotomía externa
- 213. Extirpación o destrucción de lesión de la uretra
(fulguración) fistulectomía
- 214. Meatoplastia uretral
- 215. Incisión y drenaje del cordón espermático
- 216. Injerto de testículo
- 217. Epididimectomía

OFTALMOLOGIA

- 218. Dacriocistorrinostomía
- 219. Anastomosis lacrimonasal
- 220. Extracción de cuerpo extraño de los elementos
anatómicos del ojo por medio del imán
- 221. Sutura de la córnea
- 222. Iridotomía
- 223. Iridoesclerotomía
- 224. Iridectomía y destrucción de lesión del iris o del
cuerpo ciliar
- 225. Separación de adherencias del iris a la córnea o al
cristalino
- 226. Capsulectomía del cristalino
- 227. Iridectomía asociada con capsulectomía. Excluye la

asociada con extracción del cristalino.

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD

ANEXO B

REMISION MEDICA

Lugar y Fecha _____

1. IDENTIFICACION:

NOMBRE _____

CODIGO _____

CEDULA _____

UNIDAD _____

2. MOTIVO DE CONSULTA:

3. ENFERMEDAD ACTUAL :

4. ANTECEDENTES:

5. Examen Físico: T.A. _____ Pulso _____
T. _____ Peso _____

(Datos Positivos)

6. Impresión Diagnóstica:

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

DIRECCION DE SANIDAD

7. Exámenes Paraclínicos:

ANEXO B

REMISION MEDICA

8. Interconsulta Especialistas:

Lugar y Fecha _____

1. IDENTIFICACION:

MEDICO REMITENTE

NOMBRE _____

9. CODIGO a Especialistas: _____

CEDULA _____

UNIDAD _____

2. MOTIVO DE CONSULTA:

MEDICO ESPECIALISTA

3. ENFERMEDAD ACTUAL :

4. ANTECEDENTES:

5. Examen Físico: T.A. _____ Pulso _____
T. _____ Peso _____

(Datos Positivos)

6. Impresión Diagnóstica:

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

7. Exámenes Paraclínicos: ION DE SANIDAD

ANEXO D

8. Interconsulta Especialista: IA AMBULATORIA

N° HISTORIA O CODIGO

MEDICO REMITENTE

FORMULARIO PREOPERATORIO

9. Concepto Especialista:

1. FECHA : _____

2. INFORMACION SOBRE EL PACIENTE.

2.1. Edad _____

MEDICO ESPECIALISTA

2.2. Sexo M _____ F _____

2.3. Ocupación _____

2.4. Dirección del paciente _____ Tel _____

2.5. Nombre del acompañante _____

2.6. Fácil acceso a la vivienda Si ___ No ___

2.7. Condiciones sanitarias aceptables Si ___ No ___

2.8. Aceptación del sistema Si ___ No ___

3. REMISION

3.1. Remitido de _____

3.2. Vive acompañado Si ___ No ___

3.3. Tensión arterial _____

3.4. Hemoglobina _____ Hematocrito _____

3.5. Piel de orina normal Si ___ No ___

3.6. Otros exámenes _____

3.7. Auscultación cardíaca normal Si ___ No ___

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

3.8. Auscultación pulmonar normal Si ___ No ___

DIRECCION DE SANIDAD

3.9. Sargenta normal Si ___ No ___

ANEXO C

3.10. Infacción en la piel Si ___ No ___

PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA

3.11. Dolor en el sitio de la lesión Si ___ No ___

3.12. Limitación para trabajar N° HISTORIA O CODIGO _____

4. EVALUACION

NOMBRE _____

FORMULARIO PREOPERATORIO operatorio _____

4.2. Calidad de la remisión Correcta _____

1. FECHA : _____ Incorrecta _____

2. INFORMACION SOBRE EL PACIENTE. _____

2.1. Edad _____

2.2. Sexo M ___ F ___ Hora _____

2.3. Ocupación Local _____ Fidejusa _____ General _____

2.4. Dirección del paciente Minutos _____ Tel _____

2.5. Nombre del acompañante _____

2.6. Fácil acceso a la vivienda Si ___ No ___

2.7. Condiciones sanitarias aceptables Si ___ No ___

2.8. Aceptación del sistema Si ___ No ___

3. REMISION

3.1. Remitido de _____

FIRMA CIRUJANO

3.2. Vive acompañado Si ___ No ___

3.3. Tensión arterial _____

3.4. Hemoglobina _____ Hematocrito _____

3.5. Parcial de orina normal Si _____ No _____

3.6. Otros exámenes _____

3.7. Auscultación cardiaca normal Si _____ No _____

3.8. Auscultación pulmonar normal Si _____ No _____

3.9. Garganta normal Si _____ No _____

3.10. Infección en la piel Si _____ No _____

3.11. Dolor en el sitio de la lesión Si _____ No _____

3.12. Limitación para trabajar Si _____ No _____

4. EVALUACION _____ UNIDAD _____

4.1. Diagnóstico preoperatorio _____

4.2. Calidad de la remisión Si Correcta _____

PROGRAMADO PARA: Día _____ Mes _____ Incorrecta _____ Hora _____

CIP 4.3. Diagnóstico correcto _____

5. PROGRAMACION DE CIRUGIA _____

CIP 5.1. Día _____ Mes _____ Hora _____

Uet 5.2. Anestesia local _____ Epidural _____ General _____

ind 5.3. Duración cirugía _____ Minutos _____

- E 5.4. Tipo de cirugía _____

- E 5.5. Cirujano Si _____ No _____

- Rasurado zona quirúrgica, según indicación máximo 24 horas antes de la cirugía:

- Acompañado de un familiar.

FIRMA CIRUJANO

- Documento de Identificación Militar.

FIRMA OFICIAL DE SANIDAD

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

DIRECCION DE SANIDAD

ANEXO D

PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA

NOMBRE _____ EDAD HISTORIA O CODIGO

CODIGO _____ UNIDAD _____

FORMULARIO OPERATORIO

NOMBRE

INFORMACION GENERAL

1. ENTREVISTA OPERATORIA

PROGRAMADO PARA: Dia _____ Mes _____ Año _____ Hora _____

CIRUGIA _____

ANESTESIA _____

CIRUJANO _____

Usted debe presentarse, cumpliendo las siguientes indicaciones:

1.3. Realización de cirugía Si _____ No _____ Porque? _____

- Debe Llegar a las _____ horas

- En ayunas Si _____ No _____

- Rasurado zona quirúrgica, según indicacion máximo 24

2. OPERARIO Y ANESTESIA

horas antes de la cirugía:

2.1. Hora de entrada a sala _____

2.2. Hora de iniciación de anestesia _____

- Acompañado de un familiar. _____

2.3. Hora de iniciación de cirugía _____

- Documento de Identificación Militar. _____

2.4. Personal : _____

FIRMA OFICIAL DE SANIDAD

Cirujano _____

Ayudante _____

Instrumentadora _____

Anestesiólogo _____

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

Ayudante anestesia _____

DIRECCION DE SANIDAD

Circulante _____

ANEXO E

2.5. Tipo de anestesia

PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA

Local _____ Truncular _____ Epidural _____ Caudal _____

Requiere _____ General sin N° HISTORIA O CODIGO _____

General con intubación _____

NOMBRE

FORMULARIO OPERATORIO Cual? _____

1. ENTREVISTA OPERATORIA

2.6. Falle de anestesia se sigue con :

1.1. Fecha : _____

Especifique _____

1.2. Preparación operatoria (se deberá confirmar todos

2.7. Complicaciones anestésicas Si _____ No _____

los aspectos)

Cuales : _____

Correcta _____

Incorrecta _____ Acción _____

2.8. Hora de finalización de cirugía

1.3. Realización de cirugía Si _____ No _____ Porque? _____

2.9. Hora de finalización de anestesia _____

2.10. Hora de salida de la sala _____

1.4. Auxiliar que entrevistó _____

2.11. Tiempo total de anestesia (Minutos) _____

2. OPERARIO Y ANESTESIA

2.12. Tiempo total de cirugía (Minutos) _____

2.1. Hora de entrada a sala _____

2.13. Tiempo total en sala (Minutos) _____

2.2. Hora de iniciación de anestesia _____

3. TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA (Descripción)

2.3. Hora de iniciación de cirugía _____

2.4. Personal : _____

Cirujano _____

Ayudante _____

Instrumentadora _____

Anestesiólogo _____

Ayudante anestesia _____

Circulante _____

2.5. Tipo de anestesia _____

Local _____ Troncular _____ Epidural _____ Caudal _____

Raquídea _____ General sin intubación _____

General con intubación _____

Otra _____ Cuál? _____

2.6. Falla de anestesia se sigue con : _____

Especifique _____

2.7. Complicaciones anestésicas Si ___ No ___

Cuáles : _____

2.8. Hora de finalización de cirugía _____

2.9. Hora de finalización de anestesia _____

2.10. Hora de salida de la sala _____

2.11. Tiempo total de anestesia (Minutos) _____

2.12. Tiempo total de cirugía (Minutos) _____

2.13. Tiempo total en sala (Minutos) _____

3. TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA (Descripción) _____

FECHA DE CONTROL: _____

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD

ANEXO F

4. COMPLICACIONES QUIRURGICAS

Si No

Si: Especifique _____

INFORME DE GASTOS
DE SALA DE CIRUGIA

FECHA _____

5. HALLAZGOS OPERATORIOS

UNIDAD _____

CIRUJANO _____

AYUDANTE _____

ANESTESIOLOGO _____

TERMINA _____

TOTAL _____

FIRMA ANESTESIOLOGO

FIRMA CIRUJANO

6. RECUPERACION

INGRESO: Hora _____

NOTAS ENFERMERIA: _____

SALIDA: Hora _____

AUTORIZADA POR: _____

FIRMA _____

FECHA DE CONTROL: _____

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD

ANEXO F

DISPENSARIO MEDICO
Br

INFORME DE GASTOS
DE SALA DE CIRUGIA

NOMBRE _____ FECHA _____

CODIGO _____ UNIDAD _____

CIRUGIA _____ CIRUJANO _____

AYUDANTE _____

ANESTESIA _____ ANESTESIOLOGO _____

INSTRUMENTADORA _____

TIEMPO QUIRURGICO: INICIA _____ TERMINA _____ TOTAL _____

DROGA O ELEMENTO	CANTIDAD	VALOR	DROGA O ELEMENTO	CANTIDAD	VALOR
PENTOTAL			ATROPINA		
HALOTANO			BICARBONATO		
PENTRANE			TERRAMICINA OFT.		
ETHRANE			DEXTROSA 5% AD		
THALAMONAL			DEXTROSA 5% SS		
FENTANYL			S.S.N.		
KETALAR			AGUA DESTILADA		
XILOCAINA 1%			LACTATO DE RINGER		
XILOCAINA 2%			DEXON		
XILOCAINA JALEA			DEXON		
MARCAINA			PROLENE		
QUELICIN			PROLENE		
PAVULON			CATGUT CROMADO		
TUCURIN			CATGUT CROMADO		

GUANTES

DROGA O ELEMENTO	CANTIDAD	VALOR	DROGA O ELEMENTO	CANTIDAD	VALOR
VALIUM			CATGUT SIMPLE		
OXIDO NITROSO			CATGUT INTESTINAL		
OXIGENO			CATGUT INTESTINAL		
ETHIBON			EQUIPO DE P.V.C.		
TICRON			SUBCLAVO		
SURGILON			LLAVE DE 3 VIAS		
SEDA			ELECTRODOS		
SEDA			ELECTRO. UNIPOLAR		
SEDA VIRGEN			CREMA PARA ELECT.		
ETILON			AGRAFES		
NYLON			GELFOAN		
MERCILENE			OP-SITE		
DERMALON			APOSITOS		
SILICONES BANDAS			APOSITOS DE OJOS		
			MECHA		
FLACAS			DRENES		
CLAVOS			GASAS		
ALAMBRE			SONDA DE NELATON		
GRAPAS			SONDA DE FOLEY		
TORNILLOS			SONDA DE LEVIN		
BENDAS ELASTICAS			ESPARADRAPO		
BENDAS DE GASA			TUBO ENDOTRAQUEAL		
BENDAS DE YESO			CANULA DE MAYO		
ALGODON LAMINADO			JABON YODADO		
MEDIA					
CERA OSEA					
GUANTES					

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

DIRECCION DE SANIDAD

ANEXO G

PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA

N° HISTORIA O CODIGO

NOMBRE

FORMULARIO POSTOPERATORIO

1. FECHA : _____

2. EVALUACION DE EDUCACION EN PRIMERA CONSULTA

2.1. Recibió información Si___ No___

2.2. Apósito húmedo sobre la herida Si___ No___

2.3. Se aplicó unturas en la herida Si___ No___

2.4. Caminó según indicaciones Si___ No___

2.5. Comió según indicaciones Si___ No___

2.6. Presentó retención urinaria
dolor o ardor Si___ No___

3. MOTIVO DE LA CONSULTA

3.1. Complicaciones Fecha _____

3.1.1 Hemorragia _____

3.1.2 Hematoma _____

3.1.3 Seroma _____

3.1.4 Infección _____

3.1.5 Dehiscencia _____

Se ordenó cultivo Si ___ No ___

Resultado _____

4. OBSERVACIONES

Describir los hechos relacionados con las complicaciones postoperatorias; datos sobre mejoría y conducta a seguir.

FIRMA CIRUJANO

36792 -

36792