



Organización y puesta en conocimiento de un
servicio de cirugía mayor ambulatoria en el Centro
de Medicina Naval en Santafé de Bogotá

César Tulio Correa Ospina

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

1998

TES6-
1346

CO PROPIEDAD
DE LA

**ORGANIZACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN
SERVICIO DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN EL CENTRO
DE MEDICINA NAVAL EN SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**



CF.AMD. CESAR TULIO CORREA OSPINA

**ARMADA NACIONAL
CENTRO DE MEDICINA NAVAL**

Santafé de Bogotá, D.C.

1.998

**ORGANIZACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN
SERVICIO DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN EL CENTRO
DE MEDICINA NAVAL EN SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

CF.AMD. CESAR TULIO CORREA OSPINA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE CAPITAN DE NAVIO

**ARMADA NACIONAL
CENTRO DE MEDICINA NAVAL**

Santafé de Bogotá, D.C.

1.998



Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Santafé de Bogotá D.C., Febrero, 1998

AGRADECIMIENTOS

Expreso a todo el personal del Centro de Medicina Naval y a los que nos han precedido, mi eterna gratitud por el esfuerzo demostrado en el desarrollo de las diferentes tareas, que condujeron felizmente al histórico inicio de la cirugía mayor ambulatoria, en nuestro querido centro asistencial de la guarnición de Santafé de Bogotá.

CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	
1. Los cirujanos en la historia	1
2. Historia de las suturas	4
3. Reseña histórica de la cirugía ambulatoria	10
4. Tipos de unidades de cirugía mayor ambulatoria	14
5. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo	17
6. Selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria : Evaluaciones quirúrgica y anestésica	21
6.1 Evaluación quirúrgica	
6.1.1 Factores fisiológicos	
6.1.2 Factores psicológicos	
6.1.3 Factores sociales	
6.2 Evaluación preoperatoria	
6.3 Evaluación por anestesiología	
7. Bondades de la cirugía mayor ambulatoria	34
8. Desventajas de la cirugía mayor ambulatoria	38

9. Procedimientos a efectuar en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	41
9.1 Tratamiento de enfermedades mamarias y hernias de la pared abdominal	
9.2 Tratamiento de las patologías anorectales y problemas vasculares periféricos, y endoscopia gastrointestinal	
9.3 Cirugía mayor ambulatoria de la paciente ginecológica y obstétrica.	
9.4 Cirugía mayor ambulatoria del paciente pediátrico	
9.5 Cirugía mayor ambulatoria del paciente otorrinolaringológico	
9.6 Cirugía mayor ambulatoria del paciente ortopédico	
9.7 Cirugía plástica mayor del paciente ambulatorio	
9.8 Cirugía mayor ambulatoria del paciente oftalmológico	
9.9 Cirugía mayor ambulatoria del paciente urológico	
10. Objetivos generales y específicos	52
10.1 Objetivos generales	
10.2 Objetivos específicos	
11. Propósitos	53
12. Metodología	54
12.1 Universo y muestra	
12.2 Técnica y procedimiento	
13. Resultados	57

14. Conclusiones y recomendaciones	65
15. Bibliografía	69

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Organización y normas de funcionamiento del servicio de cirugía mayor ambulatoria del Centro de Medicina Naval en Santafé de Bogotá.

Anexo B. Diseño de formatos a utilizar por el servicio de cirugía mayor ambulatoria del Centro de Medicina Naval.

1. LOS CIRUJANOS EN LA HISTORIA

Los cirujanos somos los depositarios de uno de los oficios más excitantes, antiguos, nobles y satisfactorios de la historia. Poseemos una tradición de 6.000 años y pruebas fehacientes que datan de milenios, de una actividad que muchísimo antes de desarrollarse la farmacología y la clínica interna, ya hacia exitosas incursiones en el cuerpo humano en lo concerniente a atención de heridas y fracturas, trayendo como consecuencia el alivio del dolor y el restablecimiento de la función en seres prehistóricos cuya única posesión era la integridad de su cuerpo para poder sobrevivir en un ambiente que siempre ha sido hostil con organismos defectuosos y enfermos. Por otro lado, poniendo en práctica conceptos religiosos que interpretaban la enfermedad como posesión de fuerzas malignas, ya en la prehistoria dejó su huella en intentos de extirpar esas fuerzas a través de rudimentarias, pero no por eso menos impresionantes intervenciones quirúrgicas, en pacientes que sobrevivieron y cuyos restos atestiguan el coraje, tanto de los enfermos como de nuestros padres, los primitivos cirujanos.

Los primeros éxitos de la medicina fueron, sin lugar a dudas, quirúrgicos ; existen pruebas arqueológicas que datan del año 40.000

a.c., y que muestran microlitos y agujas de hueso empleados en la sutura de heridas de gran magnitud. Hay además evidencia de fracturas tratadas mediante primitivos métodos ortopédicos que consiguieron alinear los huesos lesionados, e inclusive de amputaciones quirúrgicas cicatrizadas. Los cráneos trepanados del periodo neolítico, con signos de regeneración ósea completa, son testimonio de delicadas intervenciones hacia el año 4.000 antes de nuestra era.

En nuestro continente, el médico americano primitivo aparece entre los años 1.200 y 400 a.c. Según datos de naturaleza arqueológica, los cirujanos Aztecas poseían conocimientos muy completos de farmacología, botánica, enfermedades internas y técnica quirúrgica ; entre estos se incluyeron suturas de heridas y reducción de fracturas ; existía una clase inferior denominada de sangradores, y los cirujanos generales utilizaban cabellos trenzados para suturar las heridas, y ya se perfilaban especialistas en oftalmología. Era tal su desarrollo, que el conquistador Hernan Cortés solicitó al emperador Carlos V no dejar entrar médicos de la península Ibérica a México puesto que los cirujanos americanos eran excelentes.

En tiempos homéricos, el médico militar griego era sin duda uno de los personajes importantes en el oficio de curar. El consultorio del médico cirujano de entonces, constituye una de las primeras salas de cirugía organizada como tal en la historia ; en medio de ella habían camillas, baldes, escarificadores, jeringas, instrumental quirúrgico, vendajes y drogas de todo tipo, así como aparatos especiales para reducir algunos tipos de fracturas. En el siglo XII a.c., el médico o curador, era un trabajador dependiente del estado y diferente al adivino y al sacerdote ; su posición social era elevada y la cirugía se encontraba más desarrollada que la medicina interna, aunque consideraban que ambas eran parte del mismo oficio ; se practicaban por entonces cauterizaciones, incisiones e incluso amputaciones.



2. HISTORIA DE LAS SUTURAS

La historia de la cirugía está íntimamente ligada a la evolución de la tecnología en el campo de las suturas. Los objetivos básicos de la cirugía han sido, en resumen, extirpar tumores y órganos destruidos, evacuar abscesos y colecciones, restaurar heridas de órganos, reconstruir, corregir malformaciones y crear fisiología nueva (simpatectomía).

En Egipto (Dinastía XVIII, 1550 a.c.), de acuerdo al Papiro Smith, las heridas de la cara se trataban mediante afrontamiento de los bordes con material adhesivo ; las heridas se curaban con grasa, miel y carne fresca. En Arabia, cuna de grandes matemáticos y de extraordinarios médicos y filósofos (900 a.c.), comienza a utilizarse el “kitgut” para cierre de heridas abdominales, el vocablo “kit” hace referencia a las cuerdas del violín fabricadas a partir del intestino de vaca ; es posible que de aquí derive la palabra “catgut”, como degeneración del lenguaje. En la India de tiempos de Ayurveda, en casos de heridas intestinales se hacían coincidir los bordes de la lesión, y se hacían morder por grandes hormigas, para luego seccionar el cuerpo, quedando la cabeza como

un moderno stapler biológico. Para entonces, el famoso cirujano hindú Sushruta (600 a.c.), utilizaba en sus cirugías toda clase de materiales que incluían algodón, cuero, crin de caballo y tendones.

Hoy en día son válidos los principios quirúrgicos de William Halstead (Baltimore 1900), quien recomendaba el uso de seda delgada en cierre interrumpido y una hemostasis exhaustiva y sofisticada. Durante la primera guerra mundial se establecen los principios básicos del manejo de las heridas: Toda herida está potencialmente infectada, debe intervenir se tempranamente y debe evitarse la supuración a toda costa. En Alemania se diseñan los primeros materiales sintéticos absorbibles en 1931, las poliamidas en 1939, los poliésteres en 1950 y el ácido poliglicólico en 1970. Hoy en día, gracias al esfuerzo de estos pioneros y a la investigación de siglos poseemos una amplísima gama de suturas que hacen de la cirugía una forma de tratamiento efectiva, segura y placentera para quien la ejerce.

La cirugía posee una tradición histórica que se refleja, entre otras cosas, en la enorme cantidad de instrumentos diseñados a través de muchos siglos de trabajo e ingenio. Si bien es cierto que estamos asistiendo a un cambio de la mentalidad quirúrgica, reflejado en la nueva época de ahorro celular, a través de los procedimientos de

mínima invasión (cirugía laparoscopia, cirugía toracoscopia, cirugía endovascular y cirugía endoscopia digestiva entre otras), el instrumental quirúrgico tradicional sigue siendo la base de la disección bajo anestesia y la fuente de adiestramiento de los cirujanos en todo el mundo.

La sutura ideal aún no existe ; no hay ningún material de sutura que cumpla con los requisitos necesarios para todas las cosas ; sin embargo, conocemos las propiedades generales que una buena sutura debe poseer para cada procedimiento quirúrgico, estas propiedades incluyen : Material cómodo de utilizar, aceptación óptima y reacción mínima producida en el tejido al reabsorberse, no favorecer el crecimiento bacteriano, soporte aceptable para los nudos, ductilidad, no tener propiedades electrolíticas, capilares y cancerígenas , antialérgico ,alta fuerza tensil que permita el uso de calibres delgados , flexibilidad , comportamiento predecible y diámetro uniforme a lo largo de la sutura.

Las suturas absorbibles naturales, son de tipo temporal y terminan digeridas por las enzimas o hidrolizadas por los fluidos tisulares ; pueden ser de tipo monofilamento cuando se componen de un solo hilo o multifilamento, cuando tienen varios hilos retorcidos o trenzados. El

tamaño de la sutura va de acuerdo a su fuerza tensil ; por ejemplo, una sutura 7/0 tiene menos fuerza tensil que una 2/0 ; estas suturas pueden ser de colágeno que son hilos estériles producidos a partir de colágeno derivado de mamíferos ; tienen como características importantes la retención de su fuerza tensil y la tasa de absorción ; sin embargo, el aumento de la temperatura corporal, la presencia de infección y las deficiencias protéicas del paciente, pueden alterar estas características. Vale anotar que la fuerza tensil y la velocidad de absorción de la sutura son elementos separados ; por ejemplo, una sutura puede perder rápidamente su fuerza tensil en el tejido pero ser absorbida muy lentamente, por el contrario, puede retener su fuerza tensil durante el tiempo necesario para lograr cicatrización y luego ser absorbida rápidamente. El porcentaje de colágeno en la sutura determina la fuerza tensil y la capacidad de ser absorbida por el organismo. Las suturas de catgut simple, son cintillas un 98% de proteína pura, procesadas de la capa submucosa del intestino del ganado ovino, o de la serosa del intestino de los bovinos ; en su procesamiento se hilan electrónicamente pudiendo lograrse monofilamentos de diferentes tamaños ; puede usarse en presencia de infección, es atacada por enzimas leucocitarias, que digieren la sutura y hacen que pierda su fuerza tensil, para ser entonces absorbida. El catgut simple se digiere dentro de los setenta días subsiguientes,

permaneciendo su fuerza tensil por solo diez días. El catgut cromado es similar al anterior, pero tratado con sales crómicas para resistir las enzimas corporales, prolongado en esta forma su periodo de absorción que es de noventa días y su retención de fuerza tensil que es de trece a veintiocho días.

Las suturas no absorbibles naturales son aquellas no digeridas o hidrolizadas por los tejidos ; entre estas tenemos la seda cuya materia prima es un filamento hilado por la larva del gusano de seda al hacer su crisálida, se tiñe de negro para facilitar su visibilidad entre los tejidos, aunque no es absorbible, a los dos años puede desaparecer casi por completo ; el algodón es una fibra de celulosa natural es la más débil de las suturas no absorbibles y gana fuerza tensil al ser humedecida ; y el lino que se utiliza ocasionalmente en cirugía gastrointestinal.

Las suturas sintéticas pueden ser absorbibles, como el poliglactin 910 (Vicryl), el poliglecaprone 25 (Monocryl), el polidioxanone (PDS), el ácido polglicólico (Dexon) y el ácido glicólico (Maxon). En general estas suturas se absorben por hidrólisis, su fortaleza es 60% mayor que la del catgut, su fuerza tensil es más confiable y la absorción se completa entre los cuarenta y ciento veinte días.

Las suturas no absorbibles sintéticas son aquellas no digeridas o hidrolizadas por los tejidos como el nylon (Ethilon, Nurolon), el poliéster (Mersilene, Ethibond), el polipropileno (Prolene), y el acero inoxidable.

3. RESEÑA HISTORICA DE LA CIRUGIA AMBULATORIA

El ser humano aprendió a operar a sus semejantes mucho antes de saber escribir o dejar registro de sus operaciones. A través de los siglos, los hombres han ayudado a otros mediante la cirugía, mucho antes de que aparecieran los hospitales, como instituciones importantes en nuestra sociedad. Así pues, la cirugía del paciente ambulatorio, es en realidad la forma más antigua de cirugía que conocemos.

Antes del advenimiento de la anestesia general y de que se construyeran hospitales modernos, la mayoría de los pacientes con medios económicos que se sometían a cirugía se restablecían en el hogar; los indigentes y los soldados eran quienes tenían que sufrir el destino de la asistencia en salas hospitalarias. Con el tiempo, pacientes y médicos se percataron de que los resultados quirúrgicos eran mejores, al igual que la asistencia, cuando los pacientes se trataban en el hospital. El procedimiento aceptado se convirtió en efectuar cirugía y recuperación en el medio hospitalario. En realidad, la mayor parte de las mejoras en la calidad de la asistencia quirúrgica que han ocurrido en nuestro país en el presente siglo dependieron de

que la mayor parte de las operaciones se efectuaban en hospitales.

Hace 55 años, la herniorrafia inguinal se consideraba cirugía mayor para niños; incluso hace 40 años, la mayoría de los cirujanos mantenían a los niños hospitalizados durante cinco días; pero ya en 1940 se informó de buenos resultados con la herniorrafia en niños ambulatorios bajo anestesia general. En la actualidad, con la cirugía en pacientes ambulatorios hay menos complicaciones a causa de mejoras en anestesia, servicios de sostén auxiliares eficaces, y mayor experiencia quirúrgica.

Uno de los cambios más estimulantes, oportunos, económicos y satisfactorios de la práctica quirúrgica actual es el desplazamiento de gran cantidad de procedimientos operatorios de los hospitales a centros para pacientes ambulatorios. Este método de atención quirúrgica resulta peculiar porque beneficia a todos los implicados (enfermos, cirujanos, instituciones y la comunidad), reduce costos, ofrece mayor comodidad y no entraña más riesgos para los pacientes. Realizar cirugía mayor sin hospitalizar a los pacientes no es nuevo para nuestra generación; sin embargo, es en los últimos 30 años cuando ha tenido lugar el redescubrimiento, refinamiento y difusión de la cirugía ambulatoria.

Al inicio de la era moderna, se entendía con precisión que el término cirugía ambulatoria significaba aquella que antes solo se realizaba en enfermos hospitalizados, y que luego se llevaba a cabo ya fuese en un hospital o una unidad independiente, con alta del enfermo el mismo día; así pues, se le distinguía de la cirugía en pacientes hospitalizados y en pacientes externos. En los últimos años, los términos de cirugía ambulatoria y de cirugía del paciente externo se han vuelto sinónimos, y que resulta difícil, sino imposible, juzgar el grado de utilización de cada uno, lo que hace necesaria terminología nueva y más clara. En consecuencia, se propuso un esquema en el cual se emplearían los términos cirugía mayor ambulatoria y cirugía menor ambulatoria, cada una con características distintivas claras. La primera incluye operaciones realizada en pacientes no hospitalizados bajo cualquier tipo de anestesia, en los cuales es necesario y recomendable un periodo de recuperación y observación postoperatoria del enfermo; la segunda es la que se lleva a cabo bajo anestesia local, con alta inmediata del paciente. La seguridad del paciente no radica en si esta hospitalizado o es ambulatorio; la seguridad es una actitud, y cuando se siguen buenos principios en la selección del paciente y el cirujano, con evaluación preanestésica y técnica anestésica cuidadosa, no hay motivo para esperar más complicaciones que en pacientes hospitalizados.

El porcentaje de operaciones realizadas fuera de los hospitales aumenta de manera constante; gran número de ellas se practican en el consultorio del cirujano o en servicios de consulta externa; sin embargo, cada vez son más los pacientes que requieren anestesia general, o los enfermos con problemas médicos coexistentes en quienes resulta necesario o aconsejable un periodo de observación postoperatoria, aún cuando se emplee anestesia local ; esto último es lo que se define como cirugía mayor en el paciente ambulatorio, y los procedimientos más breves y menos graves que no requieren recuperación u observación postoperatoria se definen como cirugía menor.

4. TIPOS DE UNIDADES DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Hoy en día, la cirugía ambulatoria mayor se realiza en diversos medios ; la mejor forma de clasificarlos es según su sistema de administración, ya sea bajo control de un hospital o bien independientes, esto es, que se administren sin relación alguna con otra institución de salud.

Existen tres tipos de unidades controladas por hospitales:

La unidad integrada a hospital; que consiste en una área designada dentro del propio edificio en la que ingresan los pacientes y de la cual se les da de alta ; la evaluación y preparación preoperatorias, así como la atención después de la recuperación, tienen lugar en este sitio ; se emplean los quirófanos y salas de recuperación del hospital, igual que para enfermos internados en él.

La unidad autónoma controlada por hospital ; que es un centro totalmente autosuficiente que proporciona atención preoperatoria, transoperatoria, de recuperación y postoperatoria ; este tipo de unidad se localiza dentro del edificio del hospital o en sus terrenos, pero opera de manera totalmente independiente de otros departamentos del mismo.

La unidad satélite del hospital ; es una unidad autónoma patrocinada y administrada por el hospital pero en una localización diferente.

Por ultimo, la unidad independiente, es autónoma y no constituye parte de otra institución de salud ni geográfica, ni administrativamente ; esta es la forma en que funciona la unidad del Centro de Medicina Naval aunque geográficamente, se encuentra en el área de influencia del Hospital Militar Central. Este tipo de unidad tiene como ventajas el ahorro en los costos ya que todas las áreas (pre, trans y postoperatorias, de recuperación y administrativas), se planean y administran a modo de proporcionar atención adecuada, pero no excesiva, ofreciendo instalaciones y atención seguras, adecuadas y competentes al nivel necesario. Los considerables ahorros en costos redundan en gastos más bajos para la institución. Este tipo de centros de cirugía en realidad tienen un menor costo de operación, por dos razones : La primera que el paciente ambulatorio para cirugía mayor recibe atención segura y adecuada en una instalación planeada y construida para este tipo de cirugía ; por tanto, no se recargan los costos del empleo de grandes quirófanos y salas de recuperación refinadas, por que no se les requiere. En segundo lugar, los gastos generales, sobre todo administrativos son menores . El paciente suele descubrir que la unidad independiente es más cómoda, menos costosa

y suele tener una atmósfera más agradable ; el espíritu de equipo tiende a ser muy alto en estas pequeñas unidades, en que un reducido grupo de trabajadores se vuelven interdependientes, muy competentes y están complacidos con su trabajo. Los enfermos reconocen esto y lo agradecen ; los cirujanos sienten tener más control sobre sus enfermos, y les complace estar libres de normas, reglamentos, y gobierno de una institución grande con sus muchos niveles de administración. Estas unidades ofrecen acceso más fácil y conveniente para los pacientes. La unidad independiente es el método menos costoso, y de más fácil desarrollo para la institución que tiene mercado adecuado para cirugía mayor en pacientes ambulatorios, evitándole recurrir a otras instituciones de salud.

5. CENTRO DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA Y SU DESARROLLO

El proceso de desarrollo de la unidad para cirugía mayor con base externa varia considerablemente, dependiendo de si será dependiente de hospital o independiente ; sea cual sea la localización, deben satisfacerse determinados criterios antes de iniciar el desarrollo en sí. Un solo individuo o un grupo pequeño, por dinámicos o dedicados que sean, no pueden planear, construir y administrar óptimamente una unidad para cirugía mayor ambulatoria sin amplia ayuda y apoyo.

El grupo que se propone desarrollar un centro de este tipo debe lograr inicialmente tres objetivos primarios :

En primer lugar, debe determinarse que existe necesidad de una unidad de este tipo. En segundo lugar, los miembros del grupo que planea desarrollar la unidad deben estar informados a fondo sobre los condiciones actuales de la cirugía mayor ambulatoria ; deberán estar bien conscientes de que la empresa será difícil y larga. Es preciso reconocer su costo en tiempo, esfuerzo y dinero, y que es fundamental un desarrollo cuidadoso, concienzudo y en ocasiones laborioso. También hay que tener presente el personal experimentado que se

requiere, para la planeación y administración de un centro así, los posibles cambios en la práctica quirúrgica, y los cambios resultantes en las características de los pacientes quirúrgicos. En tercer lugar, los miembros del grupo que se propone deben estar convencidos de que existe un compromiso sincero por parte de la institución y quienes la dirigen (personal médico, administrativo y junta directiva), o de todo el grupo que participará en la unidad independiente. Debe haber la firme convicción de que la institución en general, los futuros pacientes quirúrgicos en particular y el grupo médico, se beneficiarán lo suficiente con este nuevo centro como para justificar todo lo que se requiere. Si la unidad propuesta no beneficia ni mejora a la institución, ni la atención quirúrgica global que se le proporciona a sus pacientes, quizá el proyecto fracase.

El grupo que pretende desarrollar una unidad independiente de cirugía ambulatoria, tiene la clara desventaja de no contar con una organización ya existente y personal capacitado y experto para iniciar su planeación; a menudo, no disponen siquiera de un lugar adecuado donde reunirse para iniciar los procesos. Sus ventajas son que no están limitados por tradiciones, por reglas y normas institucionales, ni por planes predeterminados a largo plazo. Los miembros de este grupo son libres para planear y construir exactamente lo que crean necesario

y crear algo de lo que puedan enorgullecerse. Otra ventaja es que pueden actuar con mayor rapidez, ya que no tienen tiempos establecidos y pueden realizar la planeación, financiamiento, construcción y apertura de la unidad, a un ritmo limitado por su propio tiempo y recursos. Sin embargo para alcanzar estos objetivos, el grupo participante debe ser suficientemente entrenado para garantizar una operación exitosa de la unidad ya terminada ; es importante tener la amplia participación de muchas de las especialidades quirúrgicas, y contar con el compromiso firme de todos los miembros para laborar con energía y en equipo en pos del objetivo deseado. A menudo resulta benéfico que este grupo no pueda apoyarse en instituciones existentes, con su experiencia, credibilidad financiera y dirección. El tener que asumir toda la responsabilidad, tiende a eliminar diferencias triviales y fortalece la cooperación y el liderazgo. Cuando sea factible, debe permitirse a todos los cirujanos calificados e interesados ser parte del grupo para garantizar el funcionamiento y utilización de la unidad y evitar los celos profesionales, que podrían llevar a algunos a no emplear la unidad. Debe obtenerse asesoría y ayuda legal competente desde el principio mismo del proyecto. Será necesario que los cirujanos participantes dediquen mucho tiempo y esfuerzo a la empresa ; dado que son personas muy ocupadas y dedicadas a su práctica profesional y otras tareas, toda la ayuda calificada que puedan ofrecer representa

una buena inversión. Mucho del trabajo de organización, que incluye el conseguir y colaborar de manera continua con arquitectos, ingenieros, contratistas y servicios financieros, así como el cumplimiento de requisitos exigidos por la secretaria de salud, puede encargarse a abogados y el personal capacitado que los asiste ; esto permite a los médicos tomar las decisiones principales y dejar que otros a quienes hayan elegido las pongan en practica.

6. SELECCIÓN DE PACIENTES PARA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA : EVALUACIONES QUIRURGICA Y ANESTESICA

6.1 EVALUACION QUIRURGICA.

Al evaluar un paciente ambulatorio propuesto para cirugía mayor, el cirujano debe realizar un juicio específico de las condiciones del caso. Algunos centros de cirugía ambulatoria, cuentan con listas de procedimientos aprobados para realizarse de manera regular y con seguridad. Es responsabilidad del cirujano efectuar un juicio individual en cada enfermo quirúrgico ambulatorio, que tenga en cuenta : Edad, condiciones físicas y mentales, riesgo anestésico, actitud de la persona respecto a operarse fuera del hospital, situación social y familiar, y si la magnitud de la intervención propuesta cae dentro de las normas y costumbres actuales de cirugía en pacientes ambulatorios. En términos generales la cirugía mayor ambulatoria está constituida por procedimientos en que no se penetra una cavidad corporal, y que pueden realizarse satisfactoriamente en el lapso de una hora o menos en un individuo por lo demás sano. En cada paciente propuesto son importantes factores fisiológicos, psicológicos y sociales.

6.1.1 FACTORES FISIOLÓGICOS.

Casi todos los pacientes elegidos para cirugía ambulatoria corresponden a la clase I de condición física según la tabla de la American Society Of Anesthesiologists (ASA); son personas sin alteración orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica alguna. Además de ello, la mayoría de los ASA II también tienen un riesgo aceptable; son sujetos con una alteración general leve a moderada de fácil corrección. Algunos ejemplos son la diabetes ligera que se trata con dieta o medicamentos por vía oral, hipertensión esencial leve, obesidad moderada y bronquitis crónica. Los enfermos de clase III de ASA suelen operarse hospitalizados, sufren algún trastorno general más o menos grave, como diabetes que requiere insulina, hipertensión grave o angina de pecho.

La edad del paciente es importante, aunque no crucial; a excepción de los niños prematuros, que no son aptos para este tipo de atención por la inmadurez de sus sistemas vitales, los lactantes y niños bien desarrollados toleran muy bien la cirugía mayor ambulatoria. Como en todos los grupos, el estado psicológico del enfermo es más importante que su edad cronológica. Aunque es cierto que un paciente mayor se

recuperara con más lentitud que un joven, muchos individuos de edad avanzada en buenas condiciones fisiológicas y mentales toleran muy bien la cirugía mayor ambulatoria ; es obvio que no se les debe excluir categóricamente de los beneficios de este tipo de atención. Como los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria deben levantarse y caminar pronto, se les indica que respiren profundamente de manera regular y que inicien pronto la actividad física ; no sorprende que a menudo sobrellevan las intervenciones quirúrgicas mejor que los enfermos hospitalizados.

6.1.2 FACTORES PSICOLOGICOS.

Uno de los objetivos y bondades de la cirugía mayor ambulatoria es atenuar el efecto emocional de la intervención ; esto se aplica tanto a adultos como a niños, y se logra mediante una atmósfera relajada, atención más individual y personalizada, y más tiempo para una relación estrecha y reconfortante que en el medio hospitalario. Sin embargo, es importante el estado psicológico de cada paciente, y se le debe evaluar ; obviamente, aquellos en quienes se identifiquen trastornos psiquiátricos verdaderos, se trataran mejor hospitalizados.

Además, existen individuos bien adaptados pero que se sienten inseguros si no se les hospitaliza ; estas personas deben recibir una explicación minuciosa de que sus condiciones generales son buenas y que no sufren alguna enfermedad importante. También se les debe explicar como es la institución, el procedimiento propuesto, la mecánica de su estancia en la unidad, cuanto tiempo se calcula que estarán allí y las condiciones y evolución postoperatoria que se esperan en su caso ; si esto se realiza correctamente casi todos los enfermos que al principio dudaron, elijan el servicio ambulatorio. No obstante, en los pocos que insistían en la hospitalización dando razones convincentes, debe accederse a la petición. Su número se ha reducido en años recientes, conforme más pacientes y público en general se informan más sobre la cirugía ambulatoria y comprenden sus pocos riesgos y muchas ventajas.

Se han estudiado y descrito a fondo los efectos emocionales adversos del ingreso a un hospital y el valor de que los padres participen en la atención de sus hijos, sobre todo cuando se efectúa una operación ; el tratamiento ambulatorio ofrece especial beneficio en el aspecto de la angustia por la separación, la mayor alteración emocional parece presentarse en niños menores de cinco años. La cirugía mayor en pacientes ambulatorios, tiene el propósito de reducir el tiempo de

separación entre hijos y padres, y hoy en día se acepta en general que los niños sobre todo, tienen menos efectos adversos de su experiencia quirúrgica, y vuelven con mayor rapidez a la normalidad que cuando se les hospitaliza para operarlos.

6.1.3 FACTORES SOCIALES.

El cirujano que evalúa a un paciente para someterlo a cirugía mayor ambulatoria y lo encuentra aceptable fisiológica y psicológicamente, debe indagar a un más antes de tomar la decisión ; es preciso investigar el fondo familiar y social del individuo. Es importante la distancia entre la casa del paciente y la unidad, no es muy deseable que viaje por más de una hora después de la intervención ; una persona que viva dentro de este margen podrá volver al médico o al cirujano si llegara a necesitarlo ; los pacientes que recorren una cierta distancia pueden programarse al final de la mañana o al medio día, en lugar de en las primeras horas, para mayor comodidad. Resulta fundamental el apoyo con que cuenta el paciente al volver a casa ; aunque se estimula a la mayoría a atenderse por si solos hasta donde sea posible , o en ocasiones por completo, algunos requieren cierta

ayuda para salir de la cama regularmente, servirse la comida, ir al baño, ir de compras y realizar las labores domésticas. Es lógico que los enfermos durante el postoperatorio no se valgan así mismos como antes de la operación, y si no puede conseguirse alguna ayuda se les debe hospitalizar, especialmente a quienes viven solos o cuentan con poca ayuda ; no obstante, aun cuando no se consigan familiares o amigos que asistan al enfermo, siempre alguien puede prestar ayuda por el corto plazo que se necesita. En años recientes, una cierta categoría de individuos a quienes no se consideraba aptos para este tipo de atención, se han convertido en excelentes candidatos y pacientes ambulatorios satisfechos ; se trata de personas que viven en asilos de ancianos, hogares para enfermos, hospicios, instituciones educativas, militares o penales ; como no suelen contar con el apoyo de familiares o amigos, generalmente se les traslada al hospital aún para intervenciones menores. Ya que la institución donde viven brinda suficiente atención a la salud como para observación postoperatoria confiable, requisitos nutricionales, analgesia y sedación, estos sujetos son ideales para ser operados como ambulatorios.

Ahora que resulta fundamental los costos explosivos de la atención a la salud, cirujanos y otros médicos, pacientes y público en general, deben recordar que la cirugía ambulatoria es factible dentro de todas las

especialidades quirúrgicas actuales. Si bien se le emplea más en ginecoobstetricia, otorrinolaringología, ortopedia, cirugía general y cirugía plástica y reconstructiva, todas las especialidades atienden muchos trastornos susceptibles de tratar en esta forma.

6.2 EVALUACION PREOPERATORIA.

Una vez que se consideran satisfechos los requisitos fisiológicos, psicológicos y sociales para someterse a cirugía mayor ambulatoria, el cirujano tiene además la responsabilidad de obtener una historia clínica y registrar datos de exploración física, ordenar los estudios de laboratorio y radiograficos necesarios, obtener un consentimiento para la operación e instruir al paciente. Cuando se brinden servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios las normas y procedimientos deben ser congruentes con los que se aplican en cirugía, anestesia y recuperación postoperatoria en hospitales. Esta indicado un cuadro hemático y un análisis de orina en todo paciente, pero en lactantes y niños pequeños se obvia el análisis de orina cuando no es fácil obtener la muestra . En adultos mayores de 40 años que van a recibir anestesia general se piden rayos X de tórax y electrocardiograma, así como

análisis químicos y hematológicos que se consideren necesarios o aconsejables ; no hay una razón para solicitar más pruebas que las indicadas por el solo hecho de que los pacientes no se vayan a hospitalizar. Si esta programada una intervención bajo anestesia general es forzoso que el paciente guarde ayuno desde la noche anterior, de lo contrario es prudente cancelar la operación y programarla para otro día.

El consentimiento del paciente para el procedimiento quirúrgico, debe entrañar una verdadera autorización informada, y es responsabilidad del cirujano y asistente explicar en detalle al enfermo el procedimiento planeado, las razones para operar, el resultado que se espera, tratamientos alternativos, y complicaciones frecuentes de la intervención. El paciente debe entender que en ninguna circunstancia se le permitirá irse a casa solo después de la operación ; en el caso de un niño, debe ir con él otra persona en el automóvil, además del conductor, para mayor seguridad. Es imprescindible una evaluación concienzuda de cada paciente ambulatorio para cirugía mayor. Los beneficios que ofrece como conveniencia, mayor comodidad, menos tensión emocional y ahorros en tiempo y dinero, son reales y muy atractivos ; sin embargo, nunca debe ponerse en riesgo o entredicho la seguridad de un paciente eligiéndolo para este tratamiento si no es

verdadera y totalmente adecuado.

6.3 EVALUACION POR ANESTESIOLOGIA.

El termino “selección de pacientes” resulta poco aceptado por que selección significa escoger el mejor o el más sano. En los inicios de la cirugía ambulatoria, la selección de los individuos más sanos para estos procedimientos, fue de hecho un punto fundamental ; a la luz de más de 20 años de experiencia en este campo, ya no resulta tan trascendental, y se aceptan pacientes con diversos grados de salud para operarles en calidad de ambulatorios. Se ha visto que es útil clasificar a los pacientes para anestesia y quizá también para intervenciones quirúrgicas, en seis clases y una subclase denominada urgencias ; esta clasificación fue elaborada por la American Society Of Anesthesiologists en 1963, y en resumen consiste en lo siguiente :

- **ASA I :** Pacientes sanos. No existe alteración orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica. El proceso patológico que ocasiona la intervención esta localizado y no entraña una alteración general.

- **ASA II** : Pacientes con alteraciones generales de leves a moderadas, producidas ya sea por el trastorno que se va a tratar quirúrgicamente a por otros procesos fisiopatológicos. Algunos clínicos prefieren incluir las edades extremas en esta categoría, o sea el neonato o el octogenario, aunque no haya enfermedad general discernible. La obesidad extrema y la bronquitis crónica pueden caer en esta categoría.
- **ASA III** : Alteración o enfermedad general grave de cualquier origen, aún cuando sea imposible definir con precisión el grado de incapacidad que genera.
- **ASA IV** : Enfermedades generales graves que ponen en peligro la vida, y no siempre susceptibles de corrección quirúrgica.
- **ASA V** : Paciente moribundo con pocas posibilidades de supervivencia, pero se interviene como medida extrema.
- **OPERACIÓN DE URGENCIA (E)** : Se considera un paciente en cualquiera de las clases anteriores, a quien se interviene de urgencia en peores condiciones. Se anota la letra E junto a la clasificación numérica ; así pues cuando existe una hernia que de pronto se estrangula y genera náusea y vómito, se le clasifica como IE.

Es pertinente enumerar unas cuantas contraindicaciones a la cirugía ambulatoria, derivadas de la experiencia en este campo. Aunque la lista puede parecer imponente, una preparación cuidadosa y la habilidad del anesthesiólogo deben superar casi todos los problemas anestésicos que plantean las contraindicaciones relativas :

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- Retardo mental profundo, sobre todo si no se cuenta con buena atención pre y postoperatoria en el domicilio.
- Enfermedades altamente infecciosas.
- Aparición de infecciones de vías respiratorias superiores.
- Temperatura por arriba de 38 Grados C.
- Pacientes en choque o traumatizados.
- Individuos que requieren vigilancia invasiva extensa.

- Pacientes de clase ASA V.
- Lactantes prematuros menores de tres meses de edad.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- Rinorrea u otra infección de vías respiratorias altas.
- Pacientes muy obesos (riesgo de problemas postanestésicos).
- Pacientes asmáticos mal controlados.
- Anemia grave no corregida.
- Ancianos con enfermedades múltiples.
- Neonatos para cirugía electiva.
- Prematuros de entre tres y seis meses de edad.

- Distancia y tiempo excesivos al domicilio del enfermo.
- Supervisión y atención inadecuadas en el pre y postoperatorio (no se cuenta con un adulto responsable).

Los datos y discusiones de la literatura médica, apoyan la expansión de la cirugía ambulatoria, y la anestesia debe mantenerse a la par con la necesidad de ampliar este tipo de atención. La anestesia no debería ser factor limitante, siempre que el anesthesiólogo tenga acceso al paciente antes de la intervención, de preferencia con varios días de anticipación, y que tanto el enfermo como el cirujano tengan en cuenta las contraindicaciones absolutas y relativas.

7. BONDADES DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Altera solo en grado mínimo el modo de vida del paciente. Sin duda, el mayor atractivo para los pacientes de esta forma de cirugía es que solo interfiere en grado mínimo con el modo de vida al que están acostumbrados. La madre que puede estar de regreso en casa después de su operación por la tarde y cuando sus hijos vuelven de la escuela, y mantener el control de su hogar, se siente complacida por ello. El trabajador, en especial el ejecutivo joven que se puede someter a esta forma de cirugía y volver a su trabajo sin demora o con pérdida mínima de tiempo, prefiere con mucho este sistema. Los padres y madres de lactantes o niños pequeños sometidos a cirugía, y a quienes solo se separa durante el breve lapso de quirófano y sala de recuperación, se sienten felices, no existen mejores enfermeras para estos pequeños pacientes. Los enfermos de todas las edades y sus familiares agradecen el que se les ahorren las rutinas, reglas y restricciones de los hospitales.

El paciente recibe una atención más individual. Tanto el concepto de cirugía mayor ambulatoria, como el centro en que esta se lleva a cabo, están diseñados en específico para este tipo de paciente; él en

consecuencia, esta consciente de ello, se siente recuperado y lo agradece. El enfermo quirúrgico ambulatorio se convierte en foco de atención y no es solo uno de los muchos tipos de pacientes de un hospital; el individuo no solo siente que recibe más atención, si no que ésta es más personal. Esto contrasta con los hospitalizados, quienes, aun recibiendo el mismo grado de atención quirúrgica se sienten “ciudadanos de segunda” porque sus necesidades y deseos a menudo ocupan un lugar secundario respecto a los de otros pacientes hospitalizados cuyo problema médico es más grave.

La ansiedad del paciente se atenúa. La atmósfera de estos centros es de jovial eficiencia, que se aplica a un paciente quirúrgico y un procedimiento menos grave que los asociados comúnmente con el medio hospitalario. El enfermo lo percibe y esto lo tranquiliza, el no mezclarse con otros pacientes, obviamente más enfermos y desvalidos, tiene un efecto alentador y benéfico.

Los costos se reducen. Los pacientes están bien conscientes de que ellos o quien corre con sus gastos harán desembolsos menores, porque los costos con que operan estas unidades son menores. El público reconoce los costos cada vez mayores de la atención a la salud y la necesidad de frenarlos; aunque la Sanidad Naval vaya a pagar la

totalidad, todo el personal se da cuenta de que a la larga cualquier ahorro en la atención beneficia al paciente, sin importar quien cubra los gastos en una determinada ocasión. Aunque el interés principal es la propia seguridad, comodidad y conveniencia, resulta satisfactorio saber que el servicio se proporcione de manera económica y sin menoscabo de estos requisitos fundamentales.

Hay menor riesgo de infección hospitalaria. Muchos pacientes bien informados, reconocen la probabilidad de adquirir una infección si ingresan a un hospital, y agradecen evitar este riesgo.

Existe menor incapacidad y una pronta vuelta al trabajo. Los trabajadores asocian su vuelta a casa el mismo día, con el hecho de no haber sufrido una operación de mayor magnitud. En consecuencia, deambulan mejor, vuelven a sus actividades normales casi de inmediato y se reincorporan a su trabajo más rápidamente que un grupo idéntico de enfermos sometidos a la misma atención quirúrgica en un hospital.

EL medico conserva el control sobre el paciente. Muchos médicos, en especial cirujanos, están decepcionados del papeleo burocrático de los hospitales, demoras en el ingreso de pacientes, autorizaciones

prolongadas y en ocasiones redundantes para el mismo, el número cada vez mayor de miembros del personal que desean participar en la atención de los enfermos y en las decisiones al respecto, y las múltiples normas que se les imponen. Puede haber tantas personas con grados variables de entrenamiento y eficiencia alrededor del paciente hospitalizado, que el médico pierde su control sobre él. Estos profesionales ven en la cirugía del paciente ambulatorio un medio para brindar atención más oportuna y eficaz a sus enfermos, de manera directa y adecuada.

8. DESVENTAJAS DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Es posible que los pacientes no sigan las instrucciones preoperatorias. Antes de ingresar a la institución para operarse, el paciente está fuera de todo control y asistencia; por ello es de suma importancia que comprenda las ordenes preoperatorias y la importancia de seguirlas con exactitud. Esto no siempre sucede; lo más grave es cuando el paciente no mantiene ayuno durante la noche; si esto llega a ocurrir, se debe reconocer de inmediato, y el cirujano decidirá si cancela el procedimiento, lo postpone hasta que se vacíe el estómago o cambia la anestesia general planeada por anestesia local.

El enfermo puede no contar con transporte. En algunos grupos de personas, sobre todo de edad avanzada o grupos socioeconómicos bajos, el transporte constituye un problema considerable. En tales casos, puede necesitarse hospitalización en lugar de atención ambulatoria por esta causa; sin embargo, si se identifica pronto el problema, las trabajadoras sociales pueden conseguir voluntarios que brinden estos servicios o la forma de pagar por un vehículo alquilado, porque el costo sería mucho menor que el de una noche de hospital. Un grupo especial de individuos de esta categoría es el de aquellos que

viven en instituciones (asilos, centro de atención especializada o instituciones educativas o penales). Conforme se les proporciona atención externa cada vez más amplia, el transporte se convierte en un problema importante; sin embargo, una vez más, el pronto reconocimiento de la necesidad permite conseguir transporte ya sea en autobús, camioneta de la institución, ambulancia, vehículo de alquiler, o vehículo policial.

El paciente quizá no tenga asistencia competente en casa. Las personas que viven solas, en especial ancianos, muchas veces no consiguen algún amigo, miembro de la familia, ni ayuda pagada cuando vuelven a casa. En algunos casos el problema no tiene solución y es necesario hospitalizar; en otros con notificación y planeación adecuadas las trabajadoras sociales pueden obtener cuidado o asistencia en casa y los servicios de una enfermera visitante; tales servicios son mucho menos costosos que la estancia hospitalaria, y el enfermo sin duda prefiere regresar a su medio habitual.

El paciente puede estar preocupado por la carencia de medidas de sostén y reanimación en el centro. El individuo quizá sea excelente candidato para un procedimiento ambulatorio, tanto de cirugía como de anestesia, pero está preocupado porque no se cuenta con los mismos

medios para reanimación en el centro de cirugía del paciente ambulatorio que en los hospitales, si llegare a necesitarse. Sin embargo, conforme el paciente esta mejor informado sobre el excelente desempeño de estas unidades y se entera de que cuentan con el respaldo adecuado para cualquier urgencia, va disminuyendo el número de personas con ese temor.

9. PROCEDIMIENTOS A EFECTUAR EN UN CENTRO QUIRURGICO PARA PACIENTES AMBULATORIOS

9.1 TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MAMARIAS Y HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL

El cirujano general tiene necesidad constante de la unidad quirúrgica para pacientes ambulatorios, y este método constituye una fracción considerable de su práctica. Otros especialistas quirúrgicos también realizan muchos de los diversos procedimientos ambulatorios al igual que el cirujano general, y se les describe en los artículos sobre cirugía ginecológica, ortopédica y pediátrica.

Los trastornos y procedimientos relacionados a continuación son los más usuales para el cirujano general y en los cuales puede considerarse la unidad de cirugía ambulatoria, como el sitio preferible. Se excluyen intervenciones como aspiración de quistes, biopsia con aguja y semejantes, que son ejemplo de cirugía menor en pacientes ambulatorios y por lo general se llevan a cabo en el consultorio o en un servicio de consulta externa. La mastectomía simple incluyendo la

extirpación de la primera y segunda líneas de ganglios linfáticos axilares puede llevarse a cabo sin dificultad, en un servicio de cirugía mayor ambulatoria. El uso del drenaje por aspiración, cuando es necesario, no complica la situación de los pacientes. Una vez más se subraya que el cirujano debe emitir un juicio individual para cada paciente sobre si efectúa el procedimiento planeado en un hospital o en un centro para cirugía mayor ambulatoria. Todo el campo de la cirugía general está sufriendo cambios rápidos, y existe cada vez más la tendencia a desplazar al medio ambulatorio procedimientos que se efectúan en sujetos hospitalizados.

Dentro de las enfermedades mamarias en la unidad quirúrgica para pacientes ambulatorios se puede intervenir quirúrgicamente patología como la quística, los fibroadenomas, el papiloma intraductal, la ginecomastia, la necrosis grasa y los abscesos mamarios.

En lo que hace relación a las hernias de la pared abdominal se pueden llevar a cabo procedimientos que corrijan la hernia inguinal, la hernia crural, la hernia umbilical, la hernia incisional, la hernia epigástrica y la hernia de la línea semilunar.

9.2 TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ANORRECTALES Y PROBLEMAS VASCULARES PERIFERICOS, Y ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

Hasta épocas recientes los cirujanos han sido reacios a las intervenciones anorectales en pacientes ambulatorios por el dolor postoperatorio que es de esperar y la posibilidad de un control inadecuado. También se agrega a ello el temor de dificultad o retención urinaria en los varones. Por fortuna, en los últimos años conforme se amplia la experiencia y se gana confianza en el control postoperatorio del dolor, sobre todo con la utilización de anestésicos de acción prolongada, las actitudes han cambiado. En consecuencia, muchos pacientes con trastornos anorectales gozan hoy de los beneficios de la cirugía mayor ambulatoria. Algunos autores estiman que el 90% de los casos pueden atenderse a satisfacción en pacientes ambulatorios.

Las patologías anorectales que se tratan a menudo en la unidad de cirugía ambulatoria mayor son: Condilomas, absceso perianal, absceso isquiorectal, fístula anal, fisura anal, hemorroides internas y externas, pólipos rectales y quiste pilonidal.

Los procedimientos de cirugía vascular periférica a realizar en las unidades de cirugía mayor ambulatoria serían los siguientes : Acceso para hemodialisis como la fístula arteriovenosa y resección de venas varicosas.

La endoscopia gastrointestinal el sueño tan acariciado de los cirujanos de poder observar directamente el interior del tubo digestivo a través de endoscopios flexibles, empezó a tomar forma en 1958. En esta época Hirschowitz aplicó por primera vez los conceptos de la fibra óptica a la endoscopia ; los instrumentos se hicieron accesibles para uso general a fines de los años sesenta, y desde entonces se les ha seguido perfeccionando. A principios de los setenta, los japoneses iniciaron los procedimientos para la canulación de la ampolla de Vater y demostración radiológica de los conductos biliares y pancreáticos. Es así como se han vuelto comunes maniobras terapéuticas como las siguientes : Inyección de varices esofágicas, dilatación de estenosis de esófago, inserción de prótesis esofágicas para contener una estrechez neoplásica, gastrostomía por vía endoscópica, ampliación del esfínter de Oddi por esfinterotomía y resección biopsia de tumores de esófago, estómago y colon.

9.3 CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DE LA PACIENTE GINECOLOGICA Y OBSTETRICA

En la era moderna, el primer servicio quirúrgico ambulatorio de Estados Unidos fue Phoenix Surgicenter, creado en 1970. Desde el comienzo, la mayoría de las pacientes tratadas fueron ginecológicas. Inicialmente el legrado uterino era el procedimiento más común ; sin embargo, en los últimos años el número de laparoscopias diagnósticas y terapéuticas ha progresado de manera creciente y hoy en día constituye el procedimiento más común.

Los problemas obstétricos y ginecológicos que pueden tratarse en pacientes ambulatorias son : Biopsias diagnosticas de vulva, vagina y cuello uterino, condilóma acuminado, lesiones displásicas de vulva, vagina y cuello uterino, quistes de las glándulas de Bartholin, procedimientos de vaginoplastia, procedimientos intrauterinos, colpotomía, laparoscopia y procedimientos obstétricos como aborto terapéutico, tratamiento mediante colpotomía de embarazos ectotópicos diagnosticados tempranamente, y cerclaje del cuello uterino.

9.4 CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DEL PACIENTE PEDIATRICO

La cirugía ambulatoria es una de los avances más importantes en la evolución de la atención quirúrgica de niños, esta cirugía es eficaz, segura y económica ofreciendo beneficios clínicos y psicológicos singulares para los pacientes pequeños. Cerca del 60% de la cirugía practicada por cirujanos pediátricos puede y debe practicarse ambulatoriamente. Las operaciones para hernia inguinal, criptorquidia y hernia umbilical constituye más del 90% de las intervenciones ambulatorias de cirugía pediátrica.

9.5 CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DEL PACIENTE OTORRINOLARINGOLOGICO

La especialidad de otorrinolaringología (cirugía de cabeza y cuello), se presta bien a la cirugía ambulatoria ; el 75% de los procedimientos quirúrgicos pueden practicarse en esta modalidad ; esto incluye la mayor parte de traumatismos faciales, procedimientos otológicos, cirugía nasal y sinusal, procedimientos limitados de cuello, algunas

lesiones de la cavidad bucal y laringea y cirugía plástica facial.

La cirugía del oído externo abarca una amplia variedad de procedimientos ; entre ellos se cuentan : Drenaje de hematomas, resección de fístulas preauriculares, extirpación de pequeñas masas del oído, otoplastias cosméticas, así como extirpación de queloides.

La cirugía de la membrana del tímpano y del oído medio incluye, miringotomía con colocación de tubos de ventilación del oído medio y la timpanoplastia.

La cirugía de la nariz, es ideal para un paciente adulto ambulatorio ; en esta modalidad de cirugía, se llevan a cabo procedimientos como la septoplastia y la cirugía de los senos paranasales.

La cirugía de la laringe y cavidad bucal se limita a técnicas de microlaringoscopia para la extirpación de nódulos y pólipos pequeños, o denudación de las cuerdas vocales.

Diversas lesiones de la cavidad bucal, pueden tratarse con seguridad en pacientes ambulatorios ; esto incluye lesiones del piso de la boca, porción anterior de la lengua, rebordes alveolares, paladar y mucosa bucal. Los cálculos de la glándula submaxilar o del conducto de ésta, pueden extraerse ambulatoriamente. La amigdalectomía al igual que la adenoidectomía son procedimientos seguros y eficaces en pacientes ambulatorios.

Algunas lesiones del cuello son adecuadas para cirugía ambulatoria como el drenaje de abscesos, la biopsia de ganglios linfáticos y la extirpación de la glándula submaxilar.

9.6 CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DEL PACIENTE ORTOPEDICO

Son procedimientos efectivos del miembro superior : Acromioplástia del hombro, artroscopia, extirpación de la porción distal de la clavícula, infiltraciones, transferencia del nervio cubital, tratamiento del codo de tenista, implantes, fusiones articulares, extirpación de la aponeurosis palmar, correcciones de la sindactilia congénita, liberación del túnel del carpo, liberación de dedo en gatillo, extirpación de quistes de la vaina tendinosa y cirugía de lesiones traumáticas como fracturas óseas pequeñas o lesiones de ligamentos, tendones o nervios.

La cirugía electiva en extremidades inferiores que puede llevarse a cabo ambulatoriamente es : Retiro de tornillos o clavos de la cadera, corrección de desgarros del tendón rotuliano, extirpación de una bolsa prerotuliana, corrección de la subluxación de la rotula, artroscopia de la rodilla, corrección del tendón tibial posterior, corrección del síndrome

del túnel del tarso, corrección de la osteocondritis del talón, reconstrucción del ligamento externo del tobillo, artroscopia del tobillo, osteotomía de la cabeza metatarsiana, corrección de dedo en martillo, resección del cuerno cutáneo del dorso de los dedos del pie, resección del neuroma interdigital, corrección del hallus valgus, resección de quistes ganglionares, alargamiento del tendón de Aquiles, resección de la aponeurosis plantar, corrección de deformidades de los dedos y procedimientos por lesiones traumáticas como fracturas óseas pequeñas o lesiones de ligamentos, tendones o nervios.

9.7 CIRUGIA PLASTICA MAYOR DEL PACIENTE AMBULATORIO

De las especialidades quirúrgicas mayores, la cirugía plástica es probablemente la ideal para practicarse en pacientes ambulatorios. Un paciente que no requiera nada más en lo referente a cuidados postoperatorios, que el reposo en cama y la administración de alimentos, agua y analgésicos, puede someterse a cirugía en un servicio ambulatorio, con tanta seguridad y eficacia como en un servicio de hospitalización.

Los procedimientos plásticos y reconstructivos, específicos en pacientes ambulatorios son: Extirpación de tumores de labios, recubrimiento del borde libre del labio inferior, resección de porciones pequeñas del reborde alveolar o un torus palatino, extirpación de lesiones de cuero cabelludo, blefaroplastia, ritidectomía, cirugía nasal, cirugía de oídos incluyendo injertos de cartílago, mamoplastia de aumento, reconstrucción del pezón y de la areola, cirugía reconstructiva de la mano y liposucción.

9.8 CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DEL PACIENTE OFTALMOLOGICO

La cirugía oftalmológica se originó como una actividad ambulatoria, como sucedió con la mayoría de los procedimientos quirúrgicos. El uso de microscopios quirúrgicos y materiales de sutura más finos y fuertes ha permitido la práctica eficaz de los procedimientos oftalmológicos ambulatoriamente. Todos los procedimientos oftalmológicos pueden practicarse en pacientes ambulatorios, con excepción del vaciamiento orbitario y la orbitotomía transcraneal.

9.9 CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DEL PACIENTE UROLOGICO

Los procedimientos urológicos, que se llevan a cabo en forma regular en la unidad de cirugía mayor ambulatoria son: Circuncisión, cistoscopia, hidrocelectomía, meatotomía, orquidectomía, biopsia perineal, biopsia prostática, biopsia testicular, colocación de prótesis testicular, dilatación uretral, vasectomía y varicocelectomía.

10. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

10.1 OBJETIVOS GENERALES

10.1.1 Dar inicio al programa de cirugía mayor ambulatoria en el Centro de Medicina Naval en Santafé de Bogotá.

10.1.2 Revisar la literatura con referencia específica a la cirugía ambulatoria.

10.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

10.2.1 Organizar el servicio de cirugía mayor ambulatoria en el Centro de Medicina Naval en Santafé de Bogotá.

10.2.2 Poner en funcionamiento el servicio de cirugía mayor ambulatoria en el Centro de Medicina Naval en Santafé de Bogotá.

11. PROPOSITOS

11.1 Aprovechar los recursos humanos y físicos del Centro de Medicina Naval, complementando lo necesario para cumplir con los objetivos específicos.

11.2 Realizar cirugía mayor en pacientes ambulatorios que consultan al Centro de Medicina Naval en Santafé de Bogotá y mejorar así la oferta de servicios de salud.

12. METODOLOGIA

12.1 UNIVERSO Y MUESTRA

El servicio de cirugía mayor ambulatoria, se organizará y pondrá en funcionamiento en el Centro de Medicina Naval en Santafé de Bogotá, y va dirigido a los pacientes que demanden atención quirúrgica a partir del mes de Julio de 1997.

12.2 TECNICA Y PROCEDIMIENTO

Con el propósito de llevar a cabo cirugía mayor en pacientes ambulatorios que consultan al Centro de Medicina Naval , basados en conceptos emitidos por la secretaria de salud, se readecuó el área destinada para tal fin. El diagnóstico dado, por la división de ingeniería del Hospital Militar Central, llevo a rediseñar el sistema de alimentación y distribución de oxígeno y aire medicinal, dándole la seguridad requerida. Se adquirió material y equipo eléctrico con el fin de poner en

funcionamiento el servicio ; es así como se instaló un transformador, con los respectivos contadores de energía activa y reactiva, cancelando los derechos por la nueva acometida eléctrica a la empresa de energía de la ciudad ; todo ello con el fin de alimentar los circuitos eléctricos del área quirúrgica y del servicio de rayos X. En lo que hace relación al material y equipo medico-quirúrgico, con el presupuesto asignado al Centro de Medicina Naval, se adquirió la mesa de cirugía, el electrobisturí, un electrocardiógrafo, una bomba de infusión y un monitor de signos vitales, completándose la dotación existente ; se adquirieron elementos como instrumental, ropa quirúrgica, material de sutura y medicamentos, que hicieran posible el inicio del programa de cirugía mayor ambulatoria en el Centro de medicina Naval en Santafé de Bogotá.

En lo que hace referencia al recurso humano, el inicio del programa demandó un gran esfuerzo, ya que con la misma planta de personal, fue necesario apoyar el servicio de cirugía mayor ambulatoria, sin desatender las demás actividades del Centro de Medicina Naval ; similar fenómeno se dió, con relación a los recursos económicos, dado que con el mismo presupuesto asignado, se llevó a cabo la adquisición del material, el instrumental y el equipo necesarios, para la activación de la unidad de cirugía mayor ambulatoria ; finalmente se contrataron

los servicio de un anesthesiólogo y una instrumentadora.

La organización de un programa de cirugía mayor ambulatoria, se adecuó al Centro de Medicina Naval, definiéndose una estructura organizacional que favoreciese el flujo de la comunicación y agilizara el programa. La finalidad de esta organización, es realizar intervenciones quirúrgicas electivas bajo anestesia general, regional y local, en un medio seguro, en el cual el paciente se recupera y es dado de alta el mismo día, al cuidado de un adulto responsable.

13. RESULTADOS

En el lapso comprendido entre los meses de Julio y Diciembre de 1997 en el servicio de cirugía mayor ambulatoria, del Centro de Medicina Naval, se llevaron a cabo 60 procedimientos quirúrgicos ; la edad de los pacientes fluctuó entre 10 y 68 años; 33 hombres y 27 mujeres. No se presento ningún tipo de complicación quirúrgica y/o anestésica ; 44 pacientes recibieron anestesia general, 06 pacientes recibieron anestesia regional, 10 pacientes recibieron anestesia local ; todos los pacientes fueron sometidos a un periodo de observación postoperatorio. Las intervenciones quirúrgicas se realizaron entre las 07 : 30 y las 14 : 00 horas, de lunes a viernes, exceptuando días festivos.

Los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo por las especialidades de cirugía general, ginecología, otorrinolaringología y urología fueron los siguientes :

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	TOTAL
Cirugía General :	
Herniorrafia inguinal	04
Resección lipoma	04
Herniorrafia epigastrica	03
Herniorrafia umbilical	02
Resección ginecomastia	02
Resección dermatofibrosarcoma	01
Vaciamiento inguinal	01
Resección granuloma umbilical	01
Ginecología :	
Legrado uterino	01
Ligadura de Trompas	01
Otorrinolaringología :	
Septoplástia	15
Septorinoplástia	13
Amigdalectomía	04
Plástia lóbulo oreja	04
Reducción fractura huesos propios nariz	01
Turbinectomía inferior	01
Urología :	
Varicocelectomía	02

Los principios del servicio de cirugía mayor ambulatoria, del Centro de Medicina Naval, son los siguientes :

- Mantener una atención de calidad a los pacientes, proporcionando un medio quirúrgico y de recuperación seguros para los procedimientos efectuados.
- Ofrecer horarios para intervenciones quirúrgicas que sean cómodos, tanto para el enfermo como para el cirujano.
- Tener personal calificado que satisfaga las necesidades de pacientes, familiares y cirujanos.
- Garantizar que todos los miembros del servicio tengan el entrenamiento necesario para desempeñar las labores que se les asigna.
- Proporcionar educación al paciente en los periodos pre, trans y postoperatorios.
- Garantizar que se abran y se mantengan historias clínicas para todos los enfermos atendidos.

- Salvaguardar el carácter confidencial de la información relativa a los pacientes.
- Garantizar intimidad, respeto y dignidad a todos los pacientes, sin distinción de razas, credo, sexo, recursos económicos o limitaciones físicas.
- Garantizar que se mantenga informados a los familiares o amigos de los enfermos mientras esperan.
- Proporcionar al paciente instrucciones para su atención postoperatoria.
- Brindar asistencia a los pacientes impedidos para su comunicación y transporte.
- Ofrecer instrumental, material y equipo para los procedimientos quirúrgicos programados.
- Facilitar educación continua a todos los integrantes del equipo para su crecimiento y desarrollo.

Como criterios básicos de cirugía ambulatoria en enfermos e intervenciones se establecen los siguientes:

- Pacientes con derecho a los servicios médicos de la Sanidad Naval.
- Procedimientos quirúrgicos que no requieran hospitalización.
- Procedimientos quirúrgicos que no comprometan la cavidad torácica y/o la cavidad abdominal.
- Una persona responsable, mayor de 18 años debe acompañar al paciente al Centro de Medicina Naval y de vuelta a su domicilio.
- Se requiere consentimiento válido por parte del paciente para intervenirlo quirúrgicamente.
- Debe existir la aprobación del anesthesiólogo para intervenciones bajo anestesia general, regional o local.
- Los resultados de los estudios diagnósticos preoperatorios

solicitados al paciente, deben ser oportunamente anexados a la historia clínica.

- Debe tenerse el interrogatorio y la exploración física de todo paciente que vaya a ser intervenido quirúrgicamente.
- Antes de una intervención quirúrgica debe quedar consignado el diagnóstico preoperatorio.
- El paciente debe haber recibido educación para el pre y para el postoperatorio.
- La historia clínica debe ser diligenciada en forma completa.

Teniendo en cuenta los anteriores principios y criterios, fueron diseñados para el programa de cirugía mayor ambulatoria del Centro de Medicina Naval, una serie de formatos, los cuales tienen que ver con los siguientes aspectos :

- Formato de solicitud de turno quirúrgico.

- Hoja de programación quirúrgica.
- Formato de instrucciones preoperatorias para el paciente.
- Formato de compromiso y consentimiento del procedimiento quirúrgico.
- Cuestionario sobre antecedentes medico-quirúrgicos.
- Reglamento para acompañante y/o visitante.
- Hoja de examen físico y concepto anestesiológico.
- Hoja de anestesiología.
- Hoja de evolución y ordenes médicas.
- Hoja de evolución de enfermería.
- Hoja de descripción quirúrgica.
- Hoja de patología.

- Hoja de epicrisis.
- Hojas de gastos y material utilizado.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los objetivos tanto generales como específicos propuestos se cumplieron a cabalidad ; es así como en el mes de Julio de 1997, se dió inicio al programa de cirugía mayor ambulatoria, en el Centro de Medicina Naval en Santafé de Bogotá. Se revisó la literatura relacionada con el tema, seleccionándose y extractándose la mejor información.

En lo que hace relación a los objetivos específicos, con el fin de dar inicio al programa se organizo y se puso en funcionamiento la cirugía ambulatoria.

Todo lo anterior llevo al cumplimiento de los propósitos consistentes en aprovechar los recursos humanos, físicos y económicos del Centro de Medicina Naval, complementando lo necesario para cumplir con éxito la tarea, la cual esta orientada a la solución de la patología quirúrgica mayor tratable ambulatoriamente, en los pacientes que consultan nuestro centro asistencial, mejorando con ello la oferta de servicios de salud.

La cirugía mayor ambulatoria ha crecido constantemente en disponibilidad y utilización en los últimos años. El crecimiento se ve reflejado en el programa iniciado en el Centro de Medicina Naval, el

cual muestra que en el lapso comprendido entre los meses de Julio y Diciembre de 1997, se llevaron a cabo 60 procedimientos quirúrgicos, el 90% de los cuales fueron realizados por cirugía general y otorrinolaringología; con la mayor participación de las demás especialidades quirúrgicas del Centro de Medicina Naval, se incrementarán los porcentajes de atención en cirugía ambulatoria.

En conclusión el crecimiento de la cirugía mayor ambulatoria se debe a tres hechos :

La cirugía mayor ambulatoria es ya una forma totalmente aceptada de atención quirúrgica. Tanto el público como los cirujanos están convencidos de que este nivel de cuidados quirúrgicos puede y debe proporcionarse fuera del hospital, se ha producido confianza en ambos grupos de que no hay riesgos adicionales en pacientes que requieren cuidados en esta situación, y que se dispone de beneficios importantes, especialmente una mayor comunicación y ahorros.

La cirugía mayor ambulatoria es un fenómeno raro en el cual todos los participantes se benefician. Los pacientes prefieren este tipo de servicio a la hospitalización, porque es más cómodo, rápido, menos perturbador y exige cambios mínimos en los estilos de vida del enfermo y su familia. Estos beneficios personales son mucho más importantes

para los pacientes que los ahorros en costos, de los cuales están, sin embargo, conscientes. Los cirujanos prefieren este sitio para ofrecer la atención quirúrgica apropiada, debido a que son más directos, simplificados aunque adecuados, y permiten al cirujano una relación más personal con el paciente en las fases pre y postoperatoria, que los cuidados en el hospital. Quienes pagan los cuidados se beneficiaran porque se evitan los cargos por la noche de hospital y reciben la misma atención quirúrgica proporcionada al paciente hospitalizado, a un costo quirúrgico más bajo.

La cirugía mayor ambulatoria es eficaz en relación al costo. La cirugía ambulatoria mayor es quizá el ejemplo más evidente de economía en el sistema de servicios médicos, en el momento actual ; al evitarse la hospitalización, se altera el factor más importante del ahorro en los servicios médicos. El paciente en una unidad de cirugía ambulatoria mayor recibe cuidados profesionales adecuados y seguros.

En vista de lo anterior es recomendable desarrollar es tipo de programas, en instituciones prestadoras de servicios de salud, como los establecimientos médicos de la Sanidad Naval. El progreso en la cirugía mayor ambulatoria ha sido constante en los últimos decenios, y múltiples factores en la economía y en la sociedad influyen

positivamente en este crecimiento continuo. Están produciéndose cambios importantes en la manera en que hoy se practica la medicina, y casi invariablemente, estos cambios influirán positivamente en la utilización de la cirugía mayor ambulatoria. Los cambios en la forma de vida y valores de la sociedad, y en la manera como se proporcionan los cuidados de salud a fines de este siglo, han permitido la identificación de grupos de pacientes que ahora se consideran aptos para cirugía mayor ambulatoria. El crecimiento continuo tanto en la habilidad quirúrgica como en la utilización de este tipo de servicio, es seguro para el siglo XXI ; este crecimiento continuo producirá no solo aumento en el número total de pacientes que se operan en estas condiciones, sino que también se incrementara tanto el número total, como el tipo de procedimientos realizados en centros de cirugía mayor ambulatoria ; así mismo, es evidente que un porcentaje mayor de todas las operaciones quirúrgicas se realizara ambulatoriamente.

BIBLIOGRAFIA

DETMER D E : Cirugía en pacientes ambulatorios. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, 62 : 690-711, 1982.

DAVIS J E : Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, 67 : 685-707, 1987

MITCHELL R T : Organización de un programa de cirugía ambulatoria mayor. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, 67 : 709-724, 1987

SUGIOKA K, DAVIS J E : Selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, 67 : 737-748, 1987.

DAVIS J E : Cirugía general mayor en el paciente ambulatorio. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, 67 : 749-808, 1987.

LOFFER F D : Cirugía mayor ambulatoria de la paciente ginecológica y obstétrica. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, 67 : 809-823, 1987.

CLOUD D T : Cirugía mayor ambulatoria del paciente pediátrico.

Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, 67 : 825-838, 1987.

HUDSON W R, GUSSACK G S : Cirugía mayor ambulatoria del paciente otorrinolaringológico. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, 67 : 839-862, 1987.

STEPHEN N L, Bruch R F : Cirugía mayor ambulatoria del paciente ortopédico. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, 67 : 863-889, 1987.

PEACOCK E E : Cirugía plástica mayor del paciente ambulatorio. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, 67 : 891-907, 1987.

McCRACKEN J S : Cirugía mayor ambulatoria del paciente oftalmológico. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, 67 : 909-920, 1987.

GUZMAN F : Historia de las suturas. Salas de cirugía hospitalarias, 267-271, 1995.

GUZMAN F, SUPELANO G, Holguin F, Londoño E, Eidelman N : Tipos de sutura. Salas de cirugía hospitalarias, 275-280, 1995.

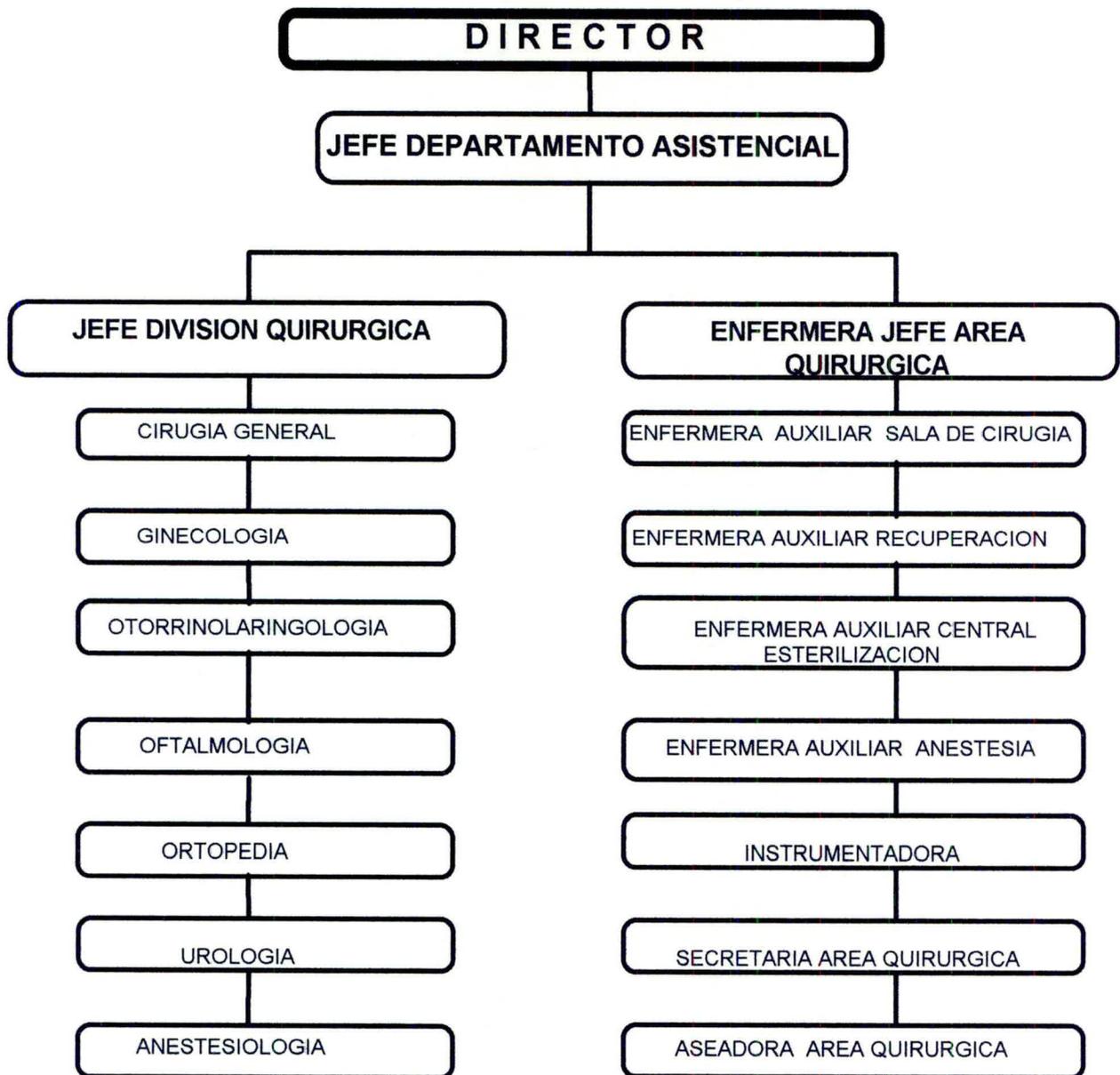
GUZMAN F : Los cirujanos en la historia. Salas de cirugía hospitalarias, 399-411, 1995.

HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA : Manual de funciones, 1995

CENTRO DE MEDICINA NAVAL : Manual de organización, 1996

ANEXO A
ORGANIZACIÓN Y NORMAS DE FUNCIONAMIENTO
DEL SERVICIO DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
DEL CENTRO DE MEDICINA NAVAL

**ORGANIGRAMA SERVICIO CIRUGIA MAYOR
AMBULATORIA CENTRO DE MEDICINA NAVAL**



NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DEL CENTRO DE MEDICINA NAVAL

DIRECTOR DEL CENTRO DE MEDICINA NAVAL

FUNCIONES:

- Supervisa el programa del cirugía mayor ambulatoria por intermedio del jefe del departamento asistencial.

JEFE DEL DEPARTAMENTO ASISTENCIAL

FUNCIONES:

- Responde por el correcto desarrollo de las actividades programadas por el servicio de cirugía mayor ambulatoria del Centro de Medicina Naval.
- Supervisa la programación de las actividades quirúrgicas.
- Verifica que el servicio de cirugía mayor ambulatoria cuente con el personal, el material y los elementos necesarios para la correcta

realización de las actividades medico-quirúrgicas, gestionando oportunamente la solución de las novedades.

- Supervisa el correcto desempeño y la idoneidad del personal de la salud que desarrolla actividades en el área quirúrgica del Centro de Medicina Naval.
- Supervisa y da trámite a la estadística mensual de las actividades quirúrgicas del servicio de cirugía mayor ambulatoria.

JEFE DIVISION QUIRURGICA

FUNCIONES:

- Es la dependencia encargada de la valoración y programación de los usuarios que requieren procedimientos de cirugía mayor ambulatoria.
- Responde por el correcto funcionamiento de la sala de cirugía, la sala de recuperación y la central de esterilización.
- Con el jefe del departamento asistencial, fija las normas para la correcta prestación de los servicios de cirugía mayor ambulatoria.

- Verifica que se cumplan las cirugías programadas en los horarios establecidos.
- Verifica diariamente, el correcto alistamiento del área quirúrgica.
- Imparte ordenes al personal del área quirúrgica para el trato cordial y el servicio oportuno y eficiente a los pacientes.
- Verifica que exista la cantidad suficiente de medicamentos, materiales y elementos, para una correcta atención de los pacientes , tramitando solicitudes periódicas y oportunas de los elementos que se estén agotando.
- Verifica el uso correcto de los equipos y del instrumental y su adecuado y oportuno mantenimiento.
- Responde por el inventario fiscal del área quirúrgica solidariamente con la enfermera jefe.
- Controla el correcto funcionamiento de la central de esterilización.
- Evalúa el personal militar y civil bajo su mando.

- Presenta la estadística mensual de las actividades desarrolladas.

CIRUGIA GENERAL

FUNCIONES:

- Cumple con el horario de programación quirúrgica.
- Atiende con puntualidad, eficiencia y cordialidad a sus pacientes.
- Evalúa la patología quirúrgica.
- Verifica el diagnóstico y califica la conveniencia de la realización del procedimiento quirúrgico.
- Solicita oportunamente los exámenes prequirúrgicos y la evaluación preanestésica.
- Programa y coordina oportunamente la realización de las diferentes cirugías.
- Solicita oportunamente los elementos necesarios para la realización de los procedimientos quirúrgicos programados.

- Vela por la correcta utilización del equipo, el instrumental y el material que utilice en el área quirúrgica.
- Debe instruir claramente al paciente sobre el procedimiento quirúrgico a realizar.
- Debe llenar el formato de descripción quirúrgica, hoja de patología y epicrisis.
- Debe consignar claramente las ordenes pre y postoperatorias.
- Debe diligenciar la incapacidad y la formula médica al termino del procedimiento.
- Consigna claramente en la historia clínica los diagnósticos pre y postoperatorios.
- Firma la hoja de gastos y control del material utilizado.

GINECOLOGIA

FUNCIONES:

- Cumple con el horario de programación quirúrgica.
- Atiende con puntualidad, eficiencia y cordialidad a sus pacientes.
- Evalúa la patología quirúrgica.
- Verifica el diagnóstico y califica la conveniencia de la realización del procedimiento quirúrgico.
- Solicita oportunamente los exámenes prequirúrgicos y la evaluación preanestésica.
- Programa y coordina oportunamente la realización de las diferentes cirugías.
- Solicita oportunamente los elementos necesarios para la realización de los procedimientos quirúrgicos programados.
- Vela por la correcta utilización del equipo, el instrumental y el material que utilice en el área quirúrgica.

- Debe instruir claramente al paciente sobre el procedimiento quirúrgico a realizar.
- Debe llenar el formato de descripción quirúrgica, hoja de patología y epicrisis.
- Debe de consignar claramente las ordenes pre y postoperatorias.
- Debe diligenciar la incapacidad y la formula médica al termino del procedimiento.
- Consigna claramente en la historia clínica los diagnósticos pre y postoperatorios.
- Firma la hoja de gastos y control del material utilizado

OTORRINOLARINGOLOGIA

FUNCIONES :

- Cumple con el horario de programación quirúrgica.

- Atiende con puntualidad, eficiencia y cordialidad a sus pacientes.
- Evalúa la patología quirúrgica.
- Verifica el diagnóstico y califica la conveniencia de la realización del procedimiento quirúrgico.
- Solicita oportunamente los exámenes prequirúrgicos y la evaluación preanestésica.
- Programa y coordina oportunamente la realización de las diferentes cirugías.
- Solicita oportunamente los elementos necesarios para la realización de los procedimientos quirúrgicos programados.
- Vela por la correcta utilización del equipo, el instrumental y el material que utilice en el área quirúrgica.
- Debe instruir claramente al paciente sobre el procedimiento quirúrgico a realizar.
- Debe llenar el formato de descripción quirúrgica, hoja de patología y epicrisis.

- Debe de consignar claramente las ordenes pre y postoperatorias.
- Debe diligenciar la incapacidad y la formula médica al termino del procedimiento.
- Consigna claramente en la historia clínica los diagnósticos pre y postoperatorios.
- Firma la hoja de gastos y control del material utilizado

OFTALMOLOGIA

FUNCIONES:

- Cumple con el horario de programación quirúrgica.
- Atiende con puntualidad, eficiencia y cordialidad a sus pacientes.
- Evalúa la patología quirúrgica.
- Verifica el diagnostico y califica la conveniencia de la realización del procedimiento quirúrgico.

- Solicita oportunamente los exámenes prequirúrgicos y la evaluación preanestésica.
- Programa y coordina oportunamente la realización de las diferentes cirugías.
- Solicita oportunamente los elementos necesarios para la realización de los procedimientos quirúrgicos programados.
- Vela por la correcta utilización del equipo, el instrumental y el material que utilice en el área quirúrgica.
- Debe instruir claramente al paciente sobre el procedimiento quirúrgico a realizar.
- Debe llenar el formato de descripción quirúrgica, hoja de patología y epicrisis.
- Debe de consignar claramente las ordenes pre y postoperatorias.
- Debe diligenciar la incapacidad y la formula médica al termino del procedimiento.

- Consigna claramente en la historia clínica los diagnósticos pre y postoperatorios.
- Firma la hoja de gastos y control del material utilizado

ORTOPEDIA

FUNCIONES:

- Cumple con el horario de programación quirúrgica.
- Atiende con puntualidad, eficiencia y cordialidad a sus pacientes.
- Evalúa la patología quirúrgica.
- Verifica el diagnóstico y califica la conveniencia de la realización del procedimiento quirúrgico.
- Solicita oportunamente los exámenes prequirúrgicos y la evaluación preanestésica.
- Programa y coordina oportunamente la realización de las diferentes cirugías.

- Solicita oportunamente los elementos necesarios para la realización de los procedimientos quirúrgicos programados.
- Vela por la correcta utilización del equipo, el instrumental y el material que utilice en el área quirúrgica.
- Debe instruir claramente al paciente sobre el procedimiento quirúrgico a realizar.
- Debe llenar el formato de descripción quirúrgica, hoja de patología y epicrisis.
- Debe de consignar claramente las ordenes pre y postoperatorias.
- Debe diligenciar la incapacidad y la formula médica al termino del procedimiento.
- Consigna claramente en la historia clínica los diagnósticos pre y postoperatorios.
- Firma la hoja de gastos y control del material utilizado

UROLOGIA

FUNCIONES:

- Cumple con el horario de programación quirúrgica.
- Atiende con puntualidad, eficiencia y cordialidad a sus pacientes.
- Evalúa la patología quirúrgica.
- Verifica el diagnóstico y califica la conveniencia de la realización del procedimiento quirúrgico.
- Solicita oportunamente los exámenes prequirúrgicos y la evaluación preanestésica.
- Programa y coordina oportunamente la realización de las diferentes cirugías.
- Solicita oportunamente los elementos necesarios para la realización de los procedimientos quirúrgicos programados.
- Vela por la correcta utilización del equipo, el instrumental y el material que utilice en el área quirúrgica.

- Debe instruir claramente al paciente sobre el procedimiento quirúrgico a realizar.
- Debe llenar el formato de descripción quirúrgica, hoja de patología y epicrisis.
- Debe de consignar claramente las ordenes pre y postoperatorias.
- Debe diligenciar la incapacidad y la fórmula médica al termino del procedimiento.
- Consigna claramente en la historia clínica los diagnósticos pre y postoperatorios.
- Firma la hoja de gastos y control del material utilizado

ANESTESIOLOGIA

FUNCIONES:

- Cumple con el horario establecido en la programación quirúrgica.

- Practica la valoración preoperatoria a los pacientes candidatos a cirugía, verificando que los datos de la historia clínica y los exámenes prequirúrgicos estén oportunamente consignados para su evaluación.
- Verifica la programación diaria de cirugía ambulatoria, certificando el cumplimiento de los requisitos exigidos.
- Lleva a cabo la anestesia en los pacientes programados de acuerdo a su criterio médico y al tipo de procedimiento quirúrgico a seguir.
- Elabora el registro de anestesia y lo anexa a la historia clínica.
- Supervisa la labor de la enfermera auxiliar de anestesia.
- Coordina con la enfermera jefe del área quirúrgica y con la auxiliar de recuperación, el control postoperatorio del paciente.
- Verifica diariamente el correcto alistamiento de las salas de cirugía y recuperación y de los equipos.

ENFERMERA JEFE AREA QUIRURGICA

FUNCIONES:

- Cumple con el horario de programación quirúrgica.
- Supervisa la correcta presentación y aseo de la sala de cirugía, la sala de recuperación, la central de esterilización y demás dependencias del área quirúrgica.
- Supervisa la correcta esterilización del instrumental, la ropa y los materiales para cirugía.
- Participa como enfermera instrumentadora o enfermera de sala de cirugía cuando se requiera.
- Supervisa diariamente el correcto alistamiento del área quirúrgica, para la realización de la cirugía programada.
- Vela porque permanentemente exista una cantidad adecuada de medicamentos, materiales y elementos.
- Lleva el libro de control de intervenciones quirúrgicas y rinde informe estadístico mensual de las actividades desarrolladas.

- Presenta al jefe de la división quirúrgica la estadística mensual de las actividades desarrolladas.
- Supervisa la correcta aplicación de las medidas de asepsia y antisepsia, y el uso del traje quirúrgico adecuado por parte del personal médico y paramédico.
- Recibe las solicitudes de cirugía elaborando los turnos correspondientes y la programación diaria, la cual debe quedar fijada oportunamente en la cartelera de cirugía.
- Debe verificar el adecuado diligenciamiento por parte del paciente de los formatos de cirugía mayor ambulatoria.
- Debe verificar que la historia clínica y los exámenes paraclínicos estén oportunamente en la sala de cirugía.
- Supervisa el adecuado cumplimiento de las funciones, por parte del personal auxiliar del área quirúrgica.

ENFERMERA AUXILIAR SALA DE CIRUGIA

FUNCIONES:

- Cumple puntualmente con el horario establecido.
- Recibe el paciente al ingreso, le indica los vestieres, le da la ropa a usar, verifica que llegue preparado adecuadamente y lo traslada a la sala de cirugía.
- Cumple con los procedimientos de enfermería que le sean ordenados al paciente tales como rasurada del área a intervenir, canalización de venas, administración de medicamentos, y registro de estatura y peso entre otros.
- Colabora con la instrumentadora durante el acto quirúrgico, permaneciendo atenta a las solicitudes de esta, del cirujano o del anesthesiólogo.
- Recibe y rotula las piezas quirúrgicas que deben ser motivo de estudio anatopatológico, las entrega oportunamente a los familiares del paciente o coordina su envío para su respectivo análisis.

- Lleva el registro diario de pacientes y el libro de control de intervenciones quirúrgicas.
- Supervisa el correcto aseo y presentación del área quirúrgica.
- Coordina con la aseo la organización y aseo de la sala de cirugía después de cada intervención.
- Verifica que haya constantemente, los elementos de aseo necesarios en el lavamanos quirúrgico.
- Verifica la existencia de toda la papelería necesaria para ser diligenciada por el paciente, y el personal médico y paramédico del servicio de cirugía mayor ambulatoria del Centro de Medicina Naval.
- Informa a la enfermera jefe del área quirúrgica los requerimientos de materiales, elementos y medicamentos necesarios para un buen funcionamiento.
- Practica desinfección total de las salas de acuerdo al programa establecido por la enfermera jefe del área quirúrgica.

- Colabora con la central de esterilización en la preparación de materiales para cirugía (gasas, apósitos, drenes) en las tardes o al término de la jornada quirúrgica.
- Colabora con el traslado del paciente de la sala de cirugía a la sala de recuperación.
- Supervisa el correcto aseo y presentación de la sala de cirugía.
- Responde por el inventario fiscal de su dependencia.
- Prepara la mesa auxiliar de anestesia, con el equipo necesario de acuerdo al tipo de anestesia.
- Colabora con la preparación y la inducción del paciente.
- Prepara cualquier medicamento solicitado por el cirujano o el anesthesiólogo.
- Realiza transfusiones de sangre o de productos derivados de esta según su necesidad.
- Proporciona seguridad y comodidad al paciente.

- Al recibir el paciente observa que no tenga prótesis, joyas, maquillaje o las uñas pintadas.
- Permanece en la sala de cirugía durante el tiempo que dure la intervención.
- Lleva la hoja de gastos del paciente.

ENFERMERA AUXILIAR SALA DE RECUPERACION

FUNCIONES:

- Cumple puntualmente con el horario establecido.
- Recibe el paciente intervenido quirúrgicamente, verificando con la jefe del área quirúrgica y el anesthesiólogo las ordenes médicas y los cuidados de enfermería que se le deben suministrar.
- Responde por la correcta presentación y aseo de la sala de recuperación.

- Responde por el uso adecuado y el mantenimiento preventivo del equipo a su cargo.
- Mantiene una cantidad adecuada de medicamentos materiales y elementos con los cuales se pueda brindar una atención eficiente al paciente.
- Informa al cirujano, al anestesiólogo o a la enfermera jefe del área quirúrgica cualquier novedad que se presente relacionada con el paciente.
- Presta los cuidados de enfermería al paciente en el postoperatorio inmediato, hasta que el paciente este completamente recuperado de la anestesia, se encuentre en buenas condiciones generales, sea dado de alta y entregando a su familia o acudiente.
- Verifica que el paciente cuando salga de la unidad lleve sus pertenencias las instrucciones precisas sobre cuidados y tratamientos postoperatorios, así como la fórmula y la incapacidad.
- Sino tiene pacientes a cargo, deberá colaborar en la sala de cirugía o en la central de esterilización a orden de la enfermera jefe del área quirúrgica.

- Devuelve las historias clínicas a estadística al término de la jornada quirúrgica, y solicita oportunamente las historias de los pacientes programados para cirugía el día siguiente.
- Responde por el inventario fiscal de su dependencia.
- Vigila la evolución y comportamiento de los parámetros hemodinámicos del paciente.
- Observa apósitos, drenes y sondas y efectúa cualquier cambio.
- Mantiene debidamente abrigado al paciente.
- Mantiene las vías aéreas del paciente despejadas.
- Administra los medicamentos ordenados, y controla los líquidos intravenosos.



ENFERMERA AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION

FUNCIONES:

- Cumple puntualmente con el horario establecido.
- Responde por la correcta esterilización del instrumental, el equipo y la ropa necesaria para los procedimientos quirúrgicos.
- Responde por la correcta presentación y aseo de la central de esterilización.
- Responde por el inventario fiscal de su dependencia.
- Practica revisión diaria de los paquetes quirúrgicos y reesteriliza los paquetes que no se hayan utilizado en las semanas anteriores.
- Entrega a la instrumentadora los paquetes quirúrgicos para cada intervención y los recibe al término de las mismas, verificando que se encuentren completos.
- Elabora y esteriliza diariamente material de consumo, tal como compresas, gasas, apósitos, algodón y drenes entre otros.

- Verifica que se practique oportunamente el mantenimiento preventivo de los equipos.
- Informa oportunamente a la enfermera jefe del área quirúrgica, las necesidades de material y las novedades de instrumental y equipo.
- Lleva la estadística mensual del consumo de material.
- Lleva un libro de control de esterilización de los paquetes quirúrgicos.
- A orden de la enfermera jefe del área quirúrgica y por necesidades de personal, colabora en sala de cirugía o en sala de recuperación.

INSTRUMENTADORA

FUNCIONES:

- Cumple puntualmente con el horario establecido.
- Solicita a la enfermera jefe del área quirúrgica el material y los elementos necesarios para la intervención a realizar.

- Revisa diariamente el correcto alistamiento de la sala de cirugía en compañía de la enfermera jefe del área quirúrgica.
- Solicita a la central de esterilización el instrumental y los paquetes necesarios de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica.
- Actúa como instrumentadora quirúrgica en las diferentes intervenciones que se programen.
- Entrega a la central de esterilización debidamente aseado e inventariado el instrumental utilizado en cada procedimiento quirúrgico.
- Entrega a la auxiliar de la sala de cirugía, las piezas quirúrgicas que deben ser enviadas para estudio anatópatológico, dando instrucciones precisas sobre identificación y conservación.
- Pasa revista periódica con la jefe del área quirúrgica a la central de esterilización, verificando la correcta organización y esterilización de los paquetes de cirugía.
- Al iniciar y al terminar la cirugía verifica el número de compresas, gasas e instrumental, teniendo en cuenta que todo esté completo.

- Firma la hoja de gastos y control del material utilizado.
- Colabora en la elaboración del material y alistamiento de paquetes.

SECRETARIA AREA QUIRURGICA

FUNCIONES:

- Cumple con el horario establecido.
- Elabora el programa de cirugía y lo fija en la cartelera del servicio.
- Archiva las descripciones de los procedimientos, y registra la casuística quirúrgica.
- Elabora los pedidos de papelería y otros elementos de oficina.
- Elabora mensualmente la relación de cirugías no realizadas y programadas.
- Mantiene al día la cartelera del servicio.

ASEADORA AREA QUIRURGICA

FUNCIONES:

- Cumple con el horario establecido.
- Permanece en el servicio durante los procedimientos quirúrgicos.
- Mantiene el aseo del área quirúrgica (pasillos, paredes, lavamanos y pisos de la salas), y su correcta presentación.
- Retira la ropa utilizada en las diferentes salas del área quirúrgica, y la deposita en los recipientes indicados.
- Colabora en tareas de mensajería cuando sea necesario.

ANEXO B
DISEÑO DE FORMATOS A UTILIZAR POR EL SERVICIO
DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
DEL CENTRO DE MEDICINA NAVAL

**CENTRO DE MEDICINA NAVAL
CIRUGIA AMBULATORIA**

FECHA DE SOLICITUD: _____

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO _____

SEGUNDO APELLIDO _____

NOMBRES _____

HISTORIA CLINICA _____

EDAD _____

SEXO _____

GRADO _____

CODIGO _____

FUERZA _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____

DATOS CLINICOS

INTERVENCION : _____

FECHA DE LA CIRUGIA _____

HORA _____

DURACION DE LA CIRUGIA _____

CIRUJANO _____

AYUDANTE _____

ANESTESIOLOGO _____

TIPO DE ANESTESIA _____

GENERAL _____

LOCAL _____

LOCAL CONTROLADA _____

ES IMPORTANTE QUE USTED DOCTOR DILIGENCIE TODOS LOS DATOS SOLICITADOS EN LA PRESENTE FICHA.

¡ GRACIAS POR SU COLABORACION !

CENTRO DE MEDICINA NAVAL
CIRUGIA AMBULATORIA

INSTRUCCIONES PRE-OPERATORIAS

- 1.- No debe ingerir alimentos, ni bebidas desde 6 horas antes de la anestesia general / regional.
- 2.- Debe venir al Centro de Medicina Naval con un traje cómodo (sudadera es una buena alternativa); sin maquillaje y las uñas sin pintar.
- 3.- No olvide traer sus documentos de identificación; así como su carné de servicios y de citas médicas.
- 4.- No traiga joyas, ni artículos de valor, sus objetos personales serán adecuadamente guardados.
- 5.- Debe venir siempre acompañado por una persona adulta.
- 6.- Debe tener asegurado un medio de transporte para su regreso.
- 7.- Debe seguir las ordenes pre-operatorias que su cirujano y anesthesiólogo han determinado para su caso en particular.
- 8.- Debe presentarse una (1) hora antes de la señalada para su cirugía.

Su cirugía se encuentra programada para el :

Año _____ Mes _____ Día _____ Hora _____

CENTRO DE MEDICINA NAVAL TELEFONOS 2685969 - 2443019

9.- Instrucciones especiales:

¡ Si tiene alguna inquietud o duda por favor comunicarla !

CENTRO DE MEDICINA NAVAL
CIRUGIA AMBULATORIA

COMPROMISO Y CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con C.C. No. _____ de _____, consiento que se me someta a la intervención de _____ bajo anestesia general _____ local _____ regional _____.

Como se me ordenó:

- 1.- No he ingerido ni alimentos ni bebidas desde hace seis (6) horas antes de la anestesia general _____ regional _____.
- 2.- Me comprometo a no conducir vehículo alguno ni operar maquinaria durante las 24 horas siguientes a la anestesia.
- 3.- No ingerir bebidas alcohólicas por 24 horas después de la anestesia.
- 4.- Regresar a casa acompañado por una persona responsable.
- 5.- No estar solo durante el postoperatorio inmediato.
- 6.- Llamar al Centro de Medicina Naval si aparece alguna complicación.
- 7.- Autorizo a ser hospitalizado en el Hospital Militar Central ante cualquier eventualidad que lo amerite.
- 8.- Firmo que conozco y asumo el riesgo que hubiere por el acto anestésico y por la intervención quirúrgica a que me someteré voluntariamente.

FECHA : _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

MEDICO: _____

FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR: _____

CENTRO DE MEDICINA NAVAL CIRUGIA AMBULATORIA

ANTECEDENTES MEDICO-QUIRURGICOS

Nombre: _____ Edad : ____ Fecha : ____

Grado : _____ Código : _____ Fuerza : _____

Dirección : _____ Telefono : _____ H.C. : _____

Anestesiólogo : _____ Cirujano : _____

Procedimiento a realizar : _____

El siguiente cuestionario es de suma importancia para un óptimo manejo perioperatorio. Conteste con una "X" en la casilla "SI" ó "NO" a las siguientes preguntas. Si en alguna contesta "SI", por favor explique en los espacios correspondientes.

	SI	NO
Ha sido anestesiado (general No. _____ , regional No. _____)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tuvo alguna complicación con la anestesia? (cual?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algún familiar ha tenido complicaciones anestésicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sido operado? Anote las de los últimos 5 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido alergias?, aclare a que ha sido alérgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentadura postiza (removible o fija)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentes de contacto (retirarse antes de la cirugía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta recibiendo medicaciones (cuáles?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de estar tomando la(s) tomo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se considera de buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tomado aspirina últimamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha recibido esteroides (cortisona)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha padecido o padece de (anote en el espacio evolución en años del problema y si actualmente está en tratamiento):

	SI	NO
Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza crónico, dolor de cuello, espalda o piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma, neumonía, tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes y glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia, hepatitis, problemas hepáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrados frecuentes o problemas sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CENTRO DE MEDICINA NAVAL CIRUGIA AMBULATORIA

REGLAMENTO PARA ACOMPAÑANTE Y/O VISITANTE

Después de cada cirugía el paciente estará bajo efectos de la anestesia y requiere de reposo y de la administración de los medicamentos ordenados por el médico tratante. El paciente agradece la colaboración de los visitantes y acompañantes en los siguientes términos:

- 1.- El acompañante y/o visitante debe ubicarse en la sala de espera de cirugía ambulatoria.
- 2.- Al ingresar a la sala de espera de cirugía ambulatoria procure mantener silencio, reduciendo su conversación al mínimo posible.
- 3.- Recordamos que dentro de la sala de espera de cirugía y las instalaciones del Centro de Medicina Naval, está estrictamente prohibido fumar.
- 4.- El enfermo debe seguir cuidadosamente la dieta ordenada, por lo tanto no ingrese alimentos y bebidas sin autorización de su médico.

¡Sirvase leer cuidadosamente estas indicaciones para colaborar activamente con la rápida recuperación de su enfermo !

CENTRO DE MEDICINA NAVAL
CIRUGIA AMBULATORIA

VALORACION ANESTESIOLOGICA

Nombre: _____ Edad: _____ H.C. _____

Examen Fisico : _____

Presión arterial : Sentado: _____ Acostado : _____ F.C. : _____

FR: _____ Temperatura: _____

Cabeza y cuello: _____

Cardiopulmonar: _____

Abdominopelvico: _____

Extremidades: _____

ASA: _____

Laboratorios:

Hto: _____ Fecha: _____ Bun: _____ mgs/dl. Fecha: _____

Creatinina: _____ mgs/dl Fecha: _____ Glicemia _____ mgs/dl. Fecha _____

EKG-FC: _____ min Eje-a _____ Interpretación: _____ Fecha: _____

Rx Toráx: _____

Comentarios Adicionales: _____

CENTRO DE MEDICINA NAVAL
CIRUGIA AMBULATORIA

HOJA QUIRURGICA

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre: _____ Edad: _____ H.C.: _____

Cirujano: _____ Firma: _____

1er Ayudante: _____ 2do. Ayudante: _____

Tipo de anestesia: _____ Anestesiólogo: _____

Diagnosticos Preoperatorios: _____

Diagnosticos Postoperatorios (preferiblemente histológicos) _____

Nombre de la(s) intervencion (es) (especificar técnica utilizada) : _____

Tejidos enviados a anatomia patológica: _____

Describe la operación en el orden en que se realizó, anotando:
HALLAZGOS OPERATORIOS Y PROCEDIMIENTOS

**CENTRO DE MEDICINA NAVAL
CIRUGIA AMBULATORIA**

HOJA DE PATOLOGIA

Nombres: _____

Apellidos: _____ Edad: _____ H.C.: _____

Grado: _____ Código: _____ Fuerza: _____

Diagnosticos Preoperatorios: _____

Diagnosticos Postoperatorios : _____

Tipo de Intervención : _____

Tejidos Enviados: _____

Médico Tratante

CENTRO DE MEDICINA NAVAL
CIRUGIA AMBULATORIA

EPICRISIS

Nombre: _____ Edad: _____ H.C.: _____

Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Egreso: _____

Diagnostico de Ingreso: _____

Procedimiento: _____

Evolución: _____

Patología: _____

Diagnostico de Egreso: _____

Recomendaciones: _____

Incapacidad: SI _____ NO _____

Medico Tratante

**CENTRO DE MEDICINA NAVAL
CIRUGIA AMBULATORIA**

Nombre : _____ Edad : _____ Fecha : _____

Grado : _____ Código : _____ Fuerza : _____ H.C. : _____

Cirugía : _____ Duración : _____

Cirujano : _____ Instrumentadora : _____

MATERIAL	CANTIDAD
Agujas #	
Analgésicos	
Antibióticos	
Aplicadores	
Apósitos	
Bajalenguas	
Catgut cromado #	
Catgut cromado #	
Catgut simple #	
Compresas	
DAD al 10% x 500 c.c.	
DAD al 5% x 500 c.c.	
Drenes :	
DSS al 5% x 500 c.c.	
Electrodos	
Equipo de venoclisis	
Esparadrapo	
Etrhane	
Gasas	
Guantes	
Hojas de Bisturí #	
Isodine Espuma	
Isodine Solución	
Jeringas x 20 cc. x 10 c.c. x 5 c.c. x 2 c.c. x 1 c.c.	
Lactato de Ringer x 500 c.c.	
Mechas	
Micropore	
Oxígeno	
Pentotal Solución	
Prolene #	
Prolone #	
Quelicin	
Seda #	
Seda #	
Seda #	
Solución Salina x 500 c.c.	
Sondas Foley #	
Sondas Nelaton #	
Spinocath	
Tubo endotraqueal	
Tucurin	
Vicryl #	
Vicryl #	
Yelco	