

Cirugía ambulatoria en oftalmología

JOSÉ ADRIÁN ROJAS-DOSAL*
MARCO ANTONIO CASTELLANOS-HERNÁNDEZ
ERNESTO DÍAZ DEL CASTILLO-MARTÍN
SARA BUSTAMANTE-RUBIO
MARICELA GODÍNEZ-RODRÍGUEZ

Tradicionalmente la cirugía oftalmológica intraocular se había realizado en pacientes hospitalizados, los adelantos quirúrgicos han permitido la cirugía ambulatoria con la misma efectividad.

Esta es una comunicación en donde se refiere la experiencia del servicio en un grupo de pacientes tratados con cirugía intraocular, sin hospitalización. No se observaron complicaciones atribuibles a esta modalidad quirúrgica y sí ventajas entre las que se menciona la optimización de las instalaciones hospitalarias en pacientes que por su gravedad requieren de su permanencia en el hospital.

CLAVES: Ambulatoria, catarata, intraocular, endoftalmitis.

SUMMARY

Traditionally intraocular ophthalmologic surgery has been performed on hospitalized patients. Never the less, surgical advances now allow ambulatory management with the same effectiveness. This communication about our experience with outpatient intraocular surgery shows that there were no complications but several advantages among which is mentioned the optimal use of the hospital facilities, mainly for those patients whose serious condition require hospitalization.

KEY WORDS: Ambulatory surger, cataract, intraocular, endophthalmitis.

Trabajo de ingreso del doctor José Adrián Rojas-Dosal, presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 19 de octubre de 1988.

* Académico numerario.

Todos los autores: División de Oftalmología. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

En la última década la cirugía en el área de oftalmología ha tenido avances importantes en sus conceptos, en sus técnicas y en sus resultados.

Hasta hace poco tiempo se consideraba indispensable, para obtener éxito en la cirugía intraocular, que el paciente permaneciera hospitalizado, con un régimen estricto de reposo en decúbito dorsal por largos períodos.

El advenimiento de técnicas quirúrgicas más perfeccionadas ha permitido la realización de cirugía con la misma seguridad y eficiencia en pacientes ambulatorios, cirugía que tradicionalmente había sido hecha sólo en pacientes hospitalizados.

La cirugía de catarata, además de ser la más frecuente, es la más representativa de las cirugías intraoculares, hasta hace pocos años era de las que requerían una hospitalización prolongada para guardar reposo en cama. En 1916¹ se tiene uno de los primeros reportes de la movilización temprana, después de la extracción de catarata. En 1960,² Christy reporta la frecuencia de complicaciones postoperatorias por deambulación temprana en pacientes postoperados de catarata y finalmente Williamson³ establece en 1975 la seguridad y la eficacia de la cirugía de catarata en pacientes no hospitalizados.

A raíz del sismo de 1985, nuestro servicio se vio reducido en un número importante de camas, por lo que con el fin de optimizar el recurso instalado en beneficio de aquellos pacientes que por su gravedad o incapacidad no podían estar en su domicilio, se implementó la cirugía ambulatoria para pacientes sometidos a extracción de catarata y otros procedimientos quirúrgicos intraoculares.

Material y métodos

En el estudio se incluyen todos aquellos pacientes operados desde enero de 1986 al 31 de diciembre de 1987. Los procedimientos realizados fueron: extracción extracapsular de catarata, extracción extracapsular de catarata e implantación de lente intraocular, extracción intracapsular de catarata, trabeculectomía, iridectomía y hialoidocapsulotomía.

Los pacientes fueron seleccionados en la consulta externa de acuerdo a los criterios diagnósticos del servicio; se informó al paciente y a los familiares del procedimiento quirúrgico a realizar. En una segunda entrevista, la trabajadora social evaluó e investigó la distancia entre el domicilio y el hospital, medio de transporte, disponibilidad de familiares que pudieran

atenderlo en su domicilio, medio ambiente adecuado para el postoperatorio en su domicilio y, de acuerdo con esto, se estableció si era o no candidato para incluirse en el programa de cirugía ambulatoria.

La evaluación preoperatoria consistió en:

- Historia clínica
- Exploración física completa
- Exploración oftalmológica
- Estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina)
- Radiografía tórax
- Cuando fue necesario, por la patología agregada, se solicitaron interconsultas a los servicios de medicina interna, cardiología y endocrinología.

Una vez en condiciones generales aceptables para la cirugía, se programaron dentro de los siguientes quince días:

El día señalado para la cirugía, el paciente fue atendido en una sala preoperatoria especial, en donde se preparó de acuerdo con las indicaciones médicas, de aquí fue trasladado al quirófano, siempre fue utilizada anestesia local, con infiltración retrobulbar de xilocaína al 2 por ciento y aquinesia palpebral. En el transoperatorio todos los pacientes fueron canalizados por venopuntura, con solución salina o solución mixta. En casos especiales hubo asistencia de un anestesiólogo para vigilar los signos vitales.

Una vez que se concluyó el procedimiento quirúrgico, el paciente regresó a la sala de admisión preoperatoria, de donde fue dado de alta cuando sus condiciones fueron estables. Todos los pacientes regresaron al día siguiente para ser revisados por su médico tratante.

Resultados

El total de cirugías oftalmológicas practicadas en los años de 1986 y 1987 en el servicio fueron de 3228, de éstas 1275 se hicieron como ambulatorias. En el cuadro I, se refieren estos datos por mes y por año. Se observa un aumento porcentual de cirugías ambulatorias, llegando a ser hasta del 59 por ciento en el mes de agosto de 1987. Entre el año de 1986 y 1987 también existe diferencia con tendencia al aumento, lo que muestra la preferencia de algunos cirujanos por este procedimiento.

La edad de los pacientes fue de 16 a 84 años con una media de 62, cuadro II, lo que está de acuerdo con la patología más frecuentemente tratada, la catarata senil. En cuanto al sexo hubo cierta predominancia de las mujeres 715, sobre los hombres 560 sin que esto tenga

Cuadro I

Total de cirugías en los años 1986 y 1987						
Mes	No. Cirugías 1986	No. Cirugías ambulatorias	%	No. Cirugías 1987	No. Cirugías ambulatorias 1987	%
Enero	7	1	14	136	37	27
Febrero	78	2	2.5	162	59	36
Marzo	79	-	-	175	91	52
Abril	88	11	12.5	164	80	49
Mayo	88	15	17	155	75	48
Junio	150	22	15	141	61	43
Julio	182	63	35	153	73	48
Agosto	158	64	40	184	109	59
Septiembre	134	54	40	148	64	43
Octubre	165	62	37	146	70	48
Noviembre	144	71	49	114	55	48
Diciembre	164	72	43	113	64	57
Total	1437	437	30	1791	838	47

Cuadro II

Edad	No.	%
16 - 24	18	1.5
25 - 44	163	13
45 - 64	541	42.5
65 - 84	553	43
Total	1275	100

ninguna significancia.

Toda la cirugía practicada fue intraocular, la mayor parte de ella extracción extracapsular de catarata únicamente o combinada con implantación de lentes intraoculares como se muestra en el cuadro III.

Por la edad de los pacientes, algunos de ellos tenían diagnósticos médicos agregados a la patología ocular, cuadro IV. No fueron intervenidos hasta no tener estas condiciones, con el objeto de no aumentar los riesgos.

Las complicaciones ocurridas en este grupo de pacientes se refieren en el cuadro V: solamente 11 de ellos, el 0.8 por ciento tuvo alguna complicación, sin embargo, además de ser un porcentaje mínimo, estas

Cuadro III

Tipo de Cirugía	Número de pacientes	Sexo	
		F	M
Extracción extracapsular de catarata	637	297	340
Extracción extracapsular de catarata y lente intraocular	512	210	302
Extracción intracapsular de catarata	12	8	4
Trabeculectomía	57	32	25
Iridectomía	26	7	19
Hialoidocapsulotomía	31	6	25
Total	1275	560	715

Cuadro IV

Diagnósticos médicos agregados a la patología oftálmológica	
Diagnóstico	Núm. de pacientes
Secuelas de AVC	7
Diabetes	284
Hipertensión arterial	108
Carcinoma	2
Fibroma uterino	3
Hernia inguinal	6
Enfermedades cardíacas	
Angios	7
cardiopatía mixta	5
Bloqueo A/V	2
Bloqueo de rama	2
Gastritis	9
Hemorroides	16
TB. renal	1

Cuadro V

Complicaciones	No. de Pacientes
Endoftalmitis	4
Hernia de iris	5
Dehiscencia de sutura	1
Hemorragia en C. A.	1

complicaciones no pueden atribuirse a la movilización temprana pues pueden verse también en pacientes que se mantienen en reposo absoluto.

Discusión

Desde hace algunos años, el número y la variedad de procedimientos quirúrgicos realizados en pacientes no hospitalizados, se ha incrementado. Los progresos en técnicas quirúrgicas y anestésicas han permitido que estos pacientes sean enviados a su domicilio inmediatamente después de la cirugía, con la suficiente tranquilidad para el cirujano de que no está aumentando los riesgos.⁴⁵ En la cirugía oftalmológica, también han

repercutido estas nuevas tendencias, especialmente al mejorar la instrumentación, las suturas y las técnicas.

Actualmente la cirugía ambulatoria en oftalmología, especialmente en la extracción de catarata⁶ es la regla, sin que por esto la calidad y la seguridad de los procedimientos se haya modificado.

La experiencia obtenida en nuestro servicio durante estos últimos años nos ha demostrado que la evolución postoperatoria no se modifica, y que las complicaciones no se aumentan más allá de lo que normalmente ocurre en la cirugía intraocular. Estudios comparativos realizados por varios autores,³ han demostrado que no hay mayor incidencia de las complicaciones por la movilización inmediata del paciente. Williamson³ refiere que Wania, cirujano oftalmólogo de Karachi, Pakistán, le comento de los resultados obtenidos en dos grupos comparativos de 500 pacientes, en donde la única diferencia que encontró fue que el grupo de pacientes ambulatorios fue el más satisfecho con la cirugía. Los pacientes de esta comunicación fueron todos sometidos a algún procedimiento quirúrgico intraocular, la mayor parte de ellos con extracción de catarata por medio de diversas técnicas y algunos con implantación de lente intraocular.

La selección del paciente para cirugía ambulatoria debe tomar en cuenta dos aspectos importantes, el primero es el médico, basado en el tipo de cirugía por efectuar y las condiciones del ojo y del paciente y el segundo con los aspectos socio-económicos, la edad, la localización de la casa del paciente, familiares que ayuden y cuiden al enfermo, distancias del domicilio al hospital, medios de comunicación y transporte para continuar la observación del paciente y finalmente el asegurarse hasta donde esto sea posible, de que se seguirán las instrucciones. En nuestros pacientes, el segundo aspecto fue valorado por la trabajadora social; cuando consideró que las condiciones no eran aceptables, los pacientes fueron excluidos de esta cirugía y se programaron como pacientes internos.

Encontramos varias ventajas en la realización de esta cirugía, entre otras, la disminución de complicaciones médicas como infecciones intrahospitalarias, tromboembolias y flebitis. Para el paciente el reintegrarse a su hogar, al lado de su familia que lo cuida y lo consiente, haciéndolo sentirse más protegido y mejor, con la alimentación que él acostumbra, sin tener que soportar ruidos y olores propios de un hospital que pueden ser desagradables para el que no está acostumbrado a ellos; son detalles que le hacen preferir esta modalidad.

Existe otro factor importante, y es el poder aprovechar al máximo los recursos del hospital en pacientes que por sus condiciones no pueden ser tratados en

forma ambulatoria. De esta manera también se evita el diferimiento de la cirugía y nos permite mantener la oportunidad en la atención de estos pacientes. Por otra parte, el mantener un promedio alto de procedimientos quirúrgicos facilita la enseñanza del médico en entrenamiento y la elaboración de protocolos de investigación.

Es indiscutible que la cirugía ambulatoria cada vez abarca más procedimientos quirúrgicos oftalmológicos,^{7,8,11} que cada vez prueba más los beneficios que se alcanzan con ella y todo esto sin sacrificar la calidad de la atención y los resultados.

Referencias

1. Burms HD. The ambulant after treatment of cataract extractions with a note on postoperative delirium and on striped keratitis. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1916; 14: 473.
2. Christy NE. Effect of early ambulation on the incidence of postoperative complications of cataract surgery. *Am J Ophthalmol* 1960; 49: 293.
3. Williamson DE. Outpatient cataract and implant surgery. En: Abrahamson IA, ed. *Cataract surgery U.S.A.*, McGraw-Hill Inc 1986: 217.
4. Davis JE. The need to redefine levels of surgical care. *JAMA* 1984; 251: 2527.
5. Detmer DE, Buchanan-Davidson DJ. Ambulatory surgery. *Surg Clin North A* 1982; 62: 685.
6. Stokes HR. Outpatient surgery: is it safe? it is sane? *Ophthalmol Management* 1987; 5: 23.
7. Ingram RM, Emmis JR. Acute glaucoma. Results of treatment by bilateral simultaneous iridectomy, now without admission to hospital. *Br J Ophthalmol* 1983; 67: 367.
8. Kimbrough RL, Stewart RH. Outpatient trabeculectomy. *Ophthalmic Surg* 1980; 11: 379.
9. Reimecke RD. Outpatient surgery: Back to the barbershop? *Arch Ophthalmol* 1985; 103: 26.
10. Kambouris AA. Ambulatory surgery. Its impact on general surgical practice. *Am Surg* 1986; 52: 347.
11. Aquavella JV, John T, García E, Rao GN. Outpatient Keratoplasty. *Am J Ophthalmol* 1985; 100: 276.

COMENTARIO

FLORENCIO ANTILLÓN*

El trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina del doctor José Adrián Rojas Dosal, toca un tema de gran importancia en varios aspectos.

En el campo económico, la cirugía llamada ambulatoria disminuye dramáticamente los costos y necesidades hospitalarias, ya que ejemplificando, en la especialidad oftalmológica la cirugía que requiere hospitalización se reduce a un 50 por ciento como lo comprobó el doctor Rojas Dosal en el trabajo presentado y quizá

* Académico numerario.

en un futuro próximo, con ayuda de un programa de educación médica a los pacientes y sus familiares, el porcentaje de la hospitalización pueda ser aún menor. Para los pacientes que no cuentan con la cobertura institucional se acerca la posibilidad de recurrir a la cirugía necesaria, por disminuir los costos, además es significativa la economía que resulta al no tener que acompañar o visitar a familiares hospitalizados con gastos de transportes o aún ausencias laborales.

Desde el aspecto de salud, la breve hospitalización del paciente evita las complicaciones por reposo prolongado, innecesario actualmente dados los recursos tecnológicos con que contamos. Así mismo le evitamos al paciente los riesgos de infecciones intrahospitalarias que todos sabemos son un grave problema de nuestros hospitales.

Otro factor positivo de la no hospitalización es el beneficio psicológico que significa el no retirar al paciente de su entorno habitual, además de que las actividades domésticas y laborales de los familiares se ven menos o nada modificadas. De la misma manera, como observación personal y lógica, el paciente se reincorpora más rápidamente a sus actividades habituales.

Por todo lo anterior la especialidad oftalmológica

por contar con avances importantes en sutura, uso de microcirugía, aplicación de laser y crioterapia, se vio significativamente favorecida al poder quitar la hospitalización en una gran parte de sus pacientes quirúrgicos y en países con recursos económicos limitados se puede lograr una mayor utilización de los quirófanos ya que el costo y número de camas disponibles frecuentemente significaban un cuello de botella que alargaba en ocasiones gravemente la espera de la solución quirúrgica de algún padecimiento.

Debemos mencionar que un gran número de la cirugía oftalmológica en adultos puede ser efectuada con anestesia local, apoyada con algún sedante, lo que abrevia aún más la estancia hospitalaria y facilita la cirugía ambulatoria.

Por último creo que el trabajo del doctor José Adrián Rojas Dosal tiene el mérito de objetivizar la bondad de la cirugía ambulatoria, amén de que al aplicarla prácticamente en la División que él jefatura, puede ser un estímulo para aumentar el número de casos que se benefician con esta conducta.

El ingreso del doctor Rojas Dosal a la Academia significa un enriquecimiento para ésta por su sólida formación médica y su equilibrado pragmatismo.

